

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSISË**

DEPARTAMENTI I OBSTETRIKËS DHE GJINEKOLOGJISË

DISERTACION
PËR MARRJEN E GRADËS
SHKENCORE “DOKTOR”

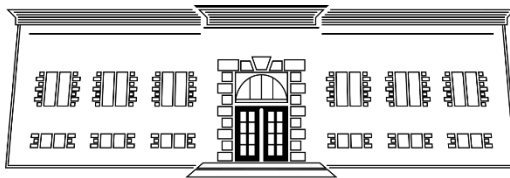
TEMA

**“EFEKTET AFAT-SHKURTRA DHE AFAT-GJATA TË
HISTEREKTOMIVE TOTALE”**

Disertanti:
ERNALD ZEQA

Udhëheqës Shkencor:
PROF. NIKITA MANOKU

TIRANË, 2021



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSISË, TIRANË
DEPARTAMENTI I OBSTETRIKËS DHE GJINEKOLOGJISË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA:

Z. ERNALD ZEQA

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“D O K T O R”

SPECIALITETI: OBSTETRIKË – GJINEKOLOGJI

TEMA:

**“EFEKTET AFAT-SHKURTRA DHE AFAT-GJATA TË
HISTEREKTOMIVE TOTALE”**

MBROHET NË DATË: /..... / PARA JURISË:

- PROF. AFERDITA MANAJ.....KRYETAR
- PROF. GJERGJ THEODHOSI..... (OPONENT)
- PROF. ASTRIT BIMBASHI..... (OPONENT)
- PROF. ARIEL COMO..... ANËTAR
- PROF. ARVIN DIBRA..... ANËTAR

EFEKTET AFAT-SHKURTRA DHE AFAT-GJATA TE HISTEREKTOMIVE

ABSTRAKT

Histerektomia është procedura e dytë madhore kirurgjikale më e shpeshtë e kryer tek gratë në mbarë botën. Pjesa më e madhe e histerektomive kryhen për indikacione beninje për të përmirësuar cilësinë e jetës dhe si procedurë kirurgjikale zakonisht shoqërohet me pak komplikacione afatshkurta. Por histerektomitë janë akuzuar për zhvillimin e disa ndryshimeve afatgjata në funksionin urinar, gastrointestinal dhe atë seksual. Simptomat janë pasojë e dëmtimit direkt të indeve gjatë interventit, formimit të aderencave, dëmtimit nervor, dhe në rastin e funksionit seksual, humbjes së cerviksit dhe uterusit dhe efekteve të tyre të mundshme mbi orgazëm. Gjithashtu, janë përshkruar dhe efekte psikosociale, siç është ulja e vetëbesimit nga ‘humbja e identitetit femëror’.

- **Qëllimi:**

Studimi ynë synon të vlerësojë funksionin seksual, funksionin urinar dhe efekte të tjera të histerektomisë që ndikojnë mbi jetën e gruas dhe të krahasojë mirëqenien e përgjithshme të pacientes para dhe pas kryerjes së histerektomisë abdominale dhe/ose vaginale.

- **Objektivi:**

Objektivi i këtij studimi është të krahasojë funksionet urinare, gastrointestinale dhe funksionet seksuale para dhe pas interventit. Gjithashtu, përshkrimi i pritshmëriave dhe i kënaqësisë së pacienteve përpara dhe pas histerektomisë për patologji beninje.

- **Materiale dhe metoda:**

Në periudhën Janar 2015 – Dhjetor 2016, në maternitetin “Mbretëresha Geraldinë” janë kryer 357 histerektomi abdominale me ose pa ovaret dhe 108 prej tyre plotësonin kriteret tona të përzgjedhjes. Por vetëm 70 prej tyre dhanë konsensusin për t’u përfshirë në studim dhe plotësuan të tre formularët në periudha të ndryshme kohore.

- **Rezultatet:**

Dispareunia u raportua prezente në 47% të pacienteve në vitin e parë pas interventit. Pas një viti, rastet me disfunksione urinare të formave të ndryshme pësojnë një rritje me 22.8 %; por ndërkohë vihet re një ulje e rasteve me inkontinencë urinare. U vu re një incidencë më e rritur e krampeve abdominale dhe simptomave të sindromës së zorrës së irrituar që zhvillohen brenda 12 muajve pas histerektomisë. Përpara interventit vetëm 14% e pacienteve ishin relativisht të kënaqura me jetën e

“EFEKTET AFAT-SHKURTRA DHE AFAT-GJATA TË HISTEREKTOMIVE TOTALE”

tyre seksuale dhe pas interventit 81% e subjekteve ishin të kënaqura me marrëdhënien e tyre seksuale.

Nga të dhënat e raportuara rezultoi se ndjesia e mirëqenies së përgjithshme u raportua më e mirë në afërsisht 69% të pacienteve pas kryerjes së interventit.

- **Përfundime**

Pacientët që kryejnë histerektomi totale me ose pa ovalet, për indikacione beninje, përjetojnë një ndjesi të mirëqenies së përgjithshme më të mirë se më parë. Shumica e tyre kanë një interes seksual të shtuar, por dhimbja gjatë marrëdhënies seksuale është një pengesë e madhe sidomos gjatë vitit të parë. Gjendja e keqe shpirtërore dhe ankthi përpara histerektomisë shoqërohen më së shumti me dispareune dhe humbje të interesit seksual edhe pas interventit.

Fjalët kyçe: histerektomia, pasojat, funksioni seksual, funksioni urinar

SHORT-TERM AND LONG-TERM EFFECTS OF HYSTERECTOMY

ABSTRACT

Hysterectomy is defined as the surgical removal of the uterus. Hysterectomies have been accused of developing many symptoms, including changes in urinary, lower gastrointestinal and sexual function. Symptoms are a consequence of direct tissue damage during surgical intervention, adhesion formation, nerve damage, and in the case of sexual function, loss of cervix and uterus, and their possible effects on orgasm. Psychosocial effects have also been described, such as depression and loss of self-image or female identity.

- **Aim of study.**

Our study aims to assess sexual function, urinary function and other effects of hysterectomies affecting the woman's life and to compare the overall well-being of the patient before and after performing abdominal and/or vaginal hysterectomy. Our study tries to evaluate mainly the sexual outcomes and patient satisfaction after the total abdominal hysterectomy.

- **Objective:**

The objective of this study is to compare urinary, gastrointestinal and sexual functions before and after the intervention. Also, the description of the expectations and the pleasure of patients before and after the hysterectomy for benign pathology.

- **Methods.**

During the period January 2015 – December 2016, 357 abdominal hysterectomies with or without the ovaries were performed at the UHOG "Queen Geraldine" and 108 of them met our selection criteria. But only 70 patients gave the consensus to be involved in the study and completed all three forms over different periods of time.

- **Results.**

Dyspareunia was reported to be present in 47% of patients in the first year after the intervention.

A year after, cases of urinary dysfunction of different forms increase by 22.8%; but in the meantime, there is a lower incidence of urinary incontinence.

There was increased incidence of abdominal cramps and symptoms of irritated bowel syndrome that developed within 12 months of the hysterectomy.

Before the intervention only 14% of patients were relatively satisfied with their sexual lives and after the intervention 81% of subjects were satisfied with their sexual relationship.

From the reported data resulted that the sense of general health was reported better in approximately 69% of patients after the intervention.

- **Conclusions.**

Patients undergoing total hysterectomy with or without ovaries, for benign indications, experience a sense of general health better than before. Most of them have an increased sexual interest, but pain during intercourse is a great barrier especially during the first year. Bad mood and anxiety before the hysterectomy are associated mostly with dyspareunia and loss of sexual interest after the surgery.

TABELA E PËRMBAJTJES

| | |
|----------------|-----|
| ABSTRAKT | iii |
| ABSTRACT | v |

1.HYRJE..... 1

| | |
|---|----|
| 1.1 Përkufizimi i histerektomisë..... | 1 |
| 1.2 Efektet <i>afat-shkurtra</i> të histerektomive..... | 4 |
| Komplikacionet kirurgjikale dhe post-kirurgjikale | 4 |
| Infeksioni i plagës:..... | 4 |
| Infeksioni urinar | 5 |
| Dëmtimi i vezikës urinare: | 6 |
| Dëmtimi i kujtesës afat-shkurtër | 7 |
| Ulja e interesit seksual..... | 8 |
| Depresioni..... | 8 |
| Çrregullimet intestinale | 8 |
| Sekrecione hemorragjike vaginale të shtuara | 9 |
| 1.3 Efektet afat-gjata të histerektomive;..... | 9 |
| 1.3.1 Disfunksioni seksual | 10 |
| 1.3.2 Disfunksioni urinar | 11 |
| 1.3.3 Disfunksioni intestinal | 12 |
| 1.3.4 Prolapsi i organeve pelvike..... | 14 |
| 1.3.5 Dëmtimet jatrogjene gjatë procedurës kirurgjikale | 15 |
| 1.3.6 Fistulat | 16 |
| 1.3.7 Sëmundja kardiovaskulare | 17 |
| 1.3.8 Neoplazitë | 17 |
| 1.3.9 Sëmundjet neurodegenerative..... | 18 |
| 1.3.10 Menopauza e hershme..... | 19 |

2. METODOLOGJIA..... 20

| | |
|---|----|
| 2.1 Qëllimi:..... | 20 |
| 2.2 Objektivi i përgjithshëm: | 20 |
| 2.3 Objektivat specifike:..... | 20 |
| 2.4 Materiale dhe metoda | 20 |
| 2.4.1. PYETËSORI PARA INTERVENTIT | 22 |
| 2.4.2. FORMULARI PAS INTERVENTIT | 27 |
| 2.4.3 Lloji i studimit | 31 |
| 2.4.4. Periudha kohore:..... | 31 |
| 2.4.5 Institucioni ku u krye studimi: | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5 Hipotezat:..... | 31 |
| 2.6 Miratimi i pacientit..... | 31 |
| 2.7 Mbledhja e të dhënave..... | 32 |
| 2.8 Kriteret përfshirëse në studim | 33 |
| 2.9 Kriteret përjashtuese nga studimi | 33 |
| 2.10 Mangësitë e studimit..... | 33 |
| 2.11 Analiza statistikore | 33 |
| 3. REZULTATET..... | 35 |
| 4. DISKUTIMI..... | 55 |
| 4.1 Efektet mbi funksionin urinar | 55 |
| 4.2 Efektet mbi funksionin gastro-intestinal | 56 |
| 4.3 Efektet mbi funksionin seksual dhe cilësinë e jetës | 57 |
| 4.4 Kërkime mbi sensibilitetin genital | 59 |
| 4.5 Histerektomia supracervikale; ka apo jo përfitime mbi atë totale? | 66 |
| 4.6 Rruga abdominale, vaginale apo laparoskopike?..... | 67 |
| 4.7 A duhet të përdoret terapia zëvendësuese hormonale dhe për sa kohë pas histerektomisë?..... | 67 |
| 4.8 A e përmirëson histerektomia përgjigjen seksuale? | 69 |
| PËRFUNDIME..... | 72 |
| REKOMANDIME..... | 76 |
| BIBLIOGRAFIA | 79 |

LISTA E FIGURAVE

| | |
|---|----|
| Figura. 1. Shpërndarja e pacienteve të kategorizuara sipas moshës. | 35 |
| Figura. 2. Shpërndarja e pacienteve të kategorizuara, sipas vendit të banimit | 36 |
| Figura. 3. Përqindja e shqetësimeve kryesore të pacienteve që kryen histerektomi. . | 40 |
| Figura. 4. Paraqitja e ndryshimeve të përqindjes së dhimbjes gjatë kontaktit (dispareunisë) -para dhe pas histerektomisë | 44 |
| Figura. 5. Shpërndarja e frekuencës së pagjumësisë -para dhe pas kryerjes së interventit | 49 |
| Figura. 6. Shpërndarja e frekuencës së ankthit dhe nervozizmit -para dhe pas kryerjes së interventit | 51 |

LISTA E TABELAVE

| | |
|---|----|
| Tabela 1. <i>Pyetësori tre dhe dymbëdhjetë muaj pas interventit</i> | 21 |
| Tabela 2. Shpërndarja e pacienteve sipas moshës..... | 35 |
| Tabela 3. Shpërndarja e rasteve, sipas vendbanimit | 36 |
| Tabela 4. Shpërndarja e rasteve, sipas statusit civil | 37 |
| Tabela 5. Shpërndarja e rasteve, sipas nivelit arsimor | 37 |
| Tabela 6. Shpërndarja e rasteve, sipas paritetit | 37 |
| Tabela 7. Shpërndarja e rasteve, sipas indikacionit për histerektominë | 38 |
| Tabela 8. Sëmundje ose gjendje shëndetësore bashkëshoqëruese | 38 |
| Tabela 9. Shpërndarja e rasteve sipas llojit të histerektomisë..... | 39 |
| Tabela 10. Shpërndarja e rasteve sipas tipit të histerektomisë..... | 39 |
| Tabela 11. Simptomat kryesore të pacienteve që kryen histerektomi..... | 39 |
| Tabela 12. Shpërndarja e rasteve të pacienteve sipas funksionit urinar para dhe pas kryerjes së interventit | 40 |
| Tabela 13. Shpërndarja e rasteve të pacienteve me simptomave intestinale para dhe pas kryerjes së interventit | 41 |
| Tabela 14. Shpërndarja e rasteve për dispareuninë para dhe pas kryerjes së interventit .. | 43 |
| Tabela 15. Shpërndarja e frekuencës së thatësisë vaginale para dhe pas kryerjes së interventit në përqindje | 45 |
| Tabela 16. Frekuenca e interesit seksual të rasteve të përfshira në studim..... | 46 |
| Tabela 17. Shpërndarja e nivelit të eksitimit para dhe pas interventit | 46 |
| Tabela 18. Shpërndarja e intensitetit të orgazmës para dhe pas kryerjes së interventit ... | 47 |
| Tabela 19. Shpërndarja e rasteve sipas gjendjes emocionale -para dhe pas kryerjes së interventit | 48 |
| Tabela 20. Shpërndarja e pagjumësisë -para dhe pas kryerjes së interventit | 49 |
| Tabela 21. Shpërndarja e episodeve të ankthit dhe nervozizmit para dhe pas kryerjes së histerektomisë | 50 |
| Tabela 22. Shpërndarja e frekuencës së variablave mbi dhënien e informacionit nga mjeku për periudhën para histerektomisë | 52 |
| Tabela 23. Shpërndarja e frekuencës së variablave mbi reflektimet pas interventit | 53 |
| Tabela 24. Imazhi për veten dhe kënaqësi të përgjithshme | 54 |

1. HYRJE

1.1 Përkufizimi i histerektomisë

Histerektomia është procedura e dytë madhore kirurgjikale më e shpeshtë e kryer tek gratë në mbarë botën.

Histerektomitë e marrin zanafillën në kohërat e lashta, dhe histerektomia e parë vaginale mendohet se është kryer nga Soranusi i Efezit, rreth vitit 120 pas Krishtit.

Në ditët e sotme, kemi një situatë epidemiologjike jo të qartë, përqindjet e histerektomive ndryshojnë nga shteti në shtet, madje edhe brenda një vendi. Në USA, raportohen rreth 600,000 intervente të tilla kryhen çdo vit, dhe afërsisht një në tre gra kryen një histerektomi deri në moshën 60 vjec. Në Britaninë e Madhe, kjo shifër është një në pesë femra. Përqindjet e histerektomive kanë pësuar një rënie të lehtë në disa vende gjatë viteve të fundit, e cila mund t'i atribuohet zbulimit dhe përdorimit në rritje të metodave alternative dhe më pak radikale, sidomos për trajtimin e hemorragjive vaginale me origjinë nga uterusin. Statusi më i ulët arsimor dhe ekonomik, sipas disa studimeve të realizuara së fundmi, shoqërohet edhe me një incidencë më të lartë të histerektomive.

Një histerektomi mund të jetë totale, duke hequr korpusin dhe cerviksin uterin, ose subtotalë, duke hequr korpusin uterin por duke lënë cerviksin intakt; kjo quhet ndryshe edhe subtotalë apo supracervikale.

Histerektomia si totale apo subtotalë, mund të kryhet me teknika të ndryshme;

- a) Histerektomia abdominale
- b) Histerektomia vaginale
- c) Histerektomia laparoskopike
- d) Histerektomia vaginale e asistuar laparoskopikisht
- e) Histerektomia laparoskopike robotike

- a) *Histerektomia abdominale* kryhet tradicionalisht në sëmundjet beninje dhe malinje të uterusit apo cerviksit, ose kur patologji të tjera pelvike janë prezente, si endometrioza, aderenca abdominale ose kur uterusit është i zmadhuar.
- b) *Histerektomia vaginale* fillimisht është përdorur për prolapsin uterin, apo kur kërkohet kirurgji shoqëruese për insuficiencën pelvike, por tashmë po përdoret gjithmonë e më tepër për indikacione të tjera si hemorragjitë disfunktionale kur uterusit është me përmasa normale. Krahasuar me histerektominë abdominale, ajo vaginale është më pak invazive dhe ka disa përparësi, si më pak dhimbje postoperative, kthim më i shpejtë në aktivitetin normal, dhe më pak infeksione perioperative. Kështuqë, review-t më të shumta sistematike bien dakord që histerektomia vaginale duhet të kryhet me preferencë ndaj asaj abdominale, kur është e mundur.
- c) *Histerektomia laparoskopike* po merr përdorim gjithmonë e më të gjerë, duke zëvendësuar gjerësisht rrugën abdominale.

Histerektomia laparoskopike duhet të jetë metoda e zgjedhur kirurgjikale për patologji beninje gjinekologjike. Patologji beninje të tilla si, miomat, dhimbjet pelvike kronike dhe prolapsi uterin janë përgjegjëse për më tepër se 70% të indikacioneve për histerektomi. Përveç kësaj, arsye të mundshme për histerektominë laparoskopike mund të jetë edhe kanceri gjinekologjik i lidhur me endometrin, uterusin, cerviksin uterin, tubat dhe ovaret.

Histerektomia laparoskopike u prezantua për herë të parë në 1989 nga Harry Reich si një alternativë ndaj histerektomisë abdominale. Që atëherë, shumë studime kanë provuar që kjo teknikë ishte një mundësi e mirë dhe kosto-efektive.

Histerektomia laparoskopike dalëngadalë u shndërrua në një opsion për pacientët dhe për kirurgët për tu marrë në konsideratë. Ka shumë avantazhe kirurgjikale të laparoskopisë, vecanërisht zmadhimi i anatomisë dhe i zonës ku është patologjia dhe akses mjaft i mirë në vazat uterine. Studime të shumta të randomizuara kanë treguar avantazhe të shumta të laparoskopisë si; shërim më i shpejtë, hospitalizim më i shkurtër, më pak dhimbje postoperative, më pak humbje gjaku perioperative, shkallë më të ulët të infeksionit, etj.

Indikacionet malinje përfshijnë: neoplazitë cervikale intraepiteliale, kanceri cervikal invaziv, hiperplazitë endometriale atipike, kancerin endometrial, kancerin ovarial, kancerin tubar dhe tumoret trofoblastike gestacionale.

d) *Histerektomia vaginale* e asistuar laparoskopikisht

Me zhvillimin e teknikës laparoskopike për eksplorimin e barkut dhe të disekimit të nyjeve limfatike pelvike dhe paraaortale, kombinimi i histerektomisë vaginale dhe laparoskopisë duket se është teknika e zgjedhur në rastet e kancerit të hershëm endometrial.

e) *Histerektomia laparoskopike robotike*

Histerektomia robotike pas viteve të fundit që ka gjetur përdorim, është parë të ketë rezultate të krahasueshme me histerektominë laparoskopike, pa rrezik të rritur të konvertimit ose komplikacioneve. Megjithëse kohëzgjatja e procedurës është pak më e madhe (25 min) për histerektominë laparoskopike robotike, humbja e vlerësuar gjakut dhe shkalla e komplikacione është më e ulët, dhe gjithashtu teknika e laparoskopisë robotike mund të lejojë kirurgët që të kapërcejnë vështirësitë ergonometrike që lidhen me obezitetin ose uteruset e mëdha. Sidoqoftë, është e qartë se histerektomia robotike është akoma mjaft e kushtueshme, dhe për këtë arsye vetëm disa spitale nëpër botë kanë zgjedhur ta kenë këtë teknologji, e cila kërkon edhe kirurgë mjaft të trajnuar.

Afërsisht 90% e histerektomive kryhen për indikacione beninje për të përmirësuar cilësinë e jetës, dhe indikacioni më i shpeshtë për këtë intervent janë fibromiometrit uterine. Histerektomia për indikacione beninje zakonisht shihet si një procedurë e sigurtë në vendet e zhvilluara më një shkallë të ulët morboziteti perioperativ dhe relativisht me komplikacione të pakta afat-shkurtra. Shkalla e mortalitetit është vlerësuar rreth 0.4% dhe shkalla e komplikacioneve madhore rreth 3%.

Histerektomitë janë akuzuar për zhvillimin e shumë simptomave, përfshirë ndryshime në funksionin urinar, gastrointestinal të poshtëm dhe atë seksual. Simptomat janë pasojë e dëmtimit direkt të indeve gjatë interventit kirurgjikal, formimit të aderencave, dëmtimit nervor, dhe në rastin e funksionit seksual, humbjes së cerviksit dhe uterusit dhe efekteve të tyre të mundshme në orgazëm. Gjithashtu, janë përshkruar efekte psikosociale, siç është depresioni dhe humbja e imazhit të vetvetes ose identitetit femëror.

Problemet që kanë lidhje me cilësinë e jetës janë adresuar vetëm në studimet e vonshme mbi histerektomitë. Meqënëse pjesa më e madhe e histerektomive kryhen në mënyre elektive për situata beninje, kenaqësia e pacientit me trajtimin e marrë duhet të konsiderohet si një nga matësit kryesore të rezultateve të procedurës së aplikuar.

Në një studim retrospektiv të grave dy deri në dhjetë vjet pas histerektomisë, përveç niveleve përgjithësisht të larta të kënaqësisë, më tepër së gjysma e grave kishin simptoma që ato besonin se ishin shkaktuar ose përkeqësuar nga histerektomia. Megjithatë, në një studim prospektiv të *Maine Women's Health Study*², u gjetën simptoma të reja në vetëm 7 deri në 13 përqind të grave brenda vitit të parë pas histerektomisë.

1.2 Efektet afat-shkurtra të histerektomive

Efektet afat-shkurtra Histerektomia është në përgjithësi një procedurë e sigurt, por si çdo operacion madhor mbart me vete edhe rrezikun e komplikacioneve kirurgjikale dhe posturgjikale. Komplikacione të tilla zakonisht përfshijnë infeksionin e plagës operative, infeksionin urinar, hemorragjinë, prolapsin e kupolës vaginale dhe dëmtimin e ureterit, zorrëve ose fshikëzës. Megjithëse histerektomia shoqërohet me më pak komplikacione sesa shumë operacione të tjera madhore, rreziqet dhe ndërlikimet varen nga lloji i histerektomisë së kryer, gjendja shëndetësore e pacientes, indeksi i masës trupore, patologjitë preekzistuese, marrja e medikamenteve të ndryshme apo duhanpirja, si dhe nga njohuritë dhe përvoja e kirurgut.

Efektet afat-shkurtra të histerektomive mbi cilësinë e jetës, janë të kënaqshme sipas shumicës së studimeve dhe ky intervent ka qenë pika më e fortë e kirurgjisë gjinekologjike për dekada me rradhë.

Komplikacionet kirurgjikale dhe post-kirurgjikale

Infeksioni i plagës:

Infeksioni i plagës dhe temperatura pas interventit janë përgjegjës për shumicën e komplikacioneve pas histerektomisë. Megjithë aplikimin e teknikës kirurgjikale në kushte krejt sterile dhe zgjedhjes së kujdesshme të pacientëve, infeksioni i plagës ndodh në afërsisht 6% deri në 25% të pacientëve që i nënshtrohen histerektomisë abdominale (me incidencë më të rritur në konstruktet trupore obeze, te pacientet diabetike, në çrregullimet e imunodeficiencës, përdorimi i kortikoidëve sistemikë, duhanpirja, hematoma e plagës apo infeksione preekzistuese si sindromi inflamator pelvik), përkundrajt 4% deri në 10% të atyre që i nënshtrohen histerektomisë vaginale. Shumica e infeksioneve të plagës marrin formën e asaj që quhet abscesi incisional ose cellulitis.

Si në histerektominë abdominale ashtu dhe në atë dhe vaginale, infeksioni pelvik ndodh në afërsisht 4% të rasteve. Celuliti pelvik është një infeksion i indeve të buta dhe zakonisht ndodh rreth ditës së tretë pas operacionit.

Megjithëse një shkallë e caktuar e celulitit lokal pritet pas shumicës së histerektomive, nuk kërkohet përdorimi i antibiotikëve vetëm nëse temperatura persiston.

Risku i infeksioneve të plagës rritet me praninë e Bakteriozës vaginale (BV) përpara interventit dhe me trashësinë e indit subkutan mbi 3 cm¹².

Rreziku i infeksionit të plagës pas operacionit mund të ulet ndjeshëm me përdorimin e antibiotikëve profilaktikë.

Studimet kanë treguar se gratë që marrin antibiotikë profilaktikë para një histerektomie abdominale ose vaginale, kanë një shkallë më të ulët të infeksionit të plagës, celulitit pelvik, abscesit të kupolës vaginale dhe abscesit pelvik.

Një dozë e përshtatshme duhet të administrohet 30 minuta para operacionit për të siguruar që nivelet terapeutike të arrijnë në vendin ku do të operohet. Agjentë të tillë si cefazolin, cefotetan, cefoxitin, metronidazole dhe clindamycin janë provuar të jenë mjaft efektive. Nëse temperatura post-operatore vazhdon dhe infeksioni dyshohet ose identifikohet, duhet të fillohet një antibiotik intravenoz me spektër të gjerë që mbulon patogjenët e parashikuar. Antibiotikët duhet të vazhdojnë për 24 deri në 48 orë pas normalizimit të temperaturës dhe simptomave klinike.

Infeksioni urinar

Shkalla e infeksionit simptomatik të traktit urinar është afërsisht 1% deri në 5% në pacientët që i nënshtrohen histerektomisë. Sipas një studimi të madh të 2019¹⁸, me 67,243 histerektomi të kryera midis viteve 2010 deri 2019, u konstatuan 1310 infeksione të traktit urinar, me një shkallë të infeksionit urinar post histerektomi prej 1.9%. Pacientet që zhvilluan infeksione të traktit urinar ishin më tepër duhanpirëse, kishin diabet mellitus insulino-vartës, kishin sëmundje pulmonare obstruktive kronike, përdornin kortikosteroidë sistemikë, ose kishin patur një intervent abdomino-pelvik të mëparshëm. Procedura kirurgjikale kishte zgjatur më shumë në pacientet që zhvilluan infeksione të traktit urinar, kishte ndodhur një cistotomi gjatë interventit, kishte pasur endometrioze shoqëruese, interventi kishte më shumë gjasa të kishte përfunduar me adnexektomi, dhe u vu re që pacientet që kryenin histerektomi vaginale, kishin tendencë më të madhe për të zhvilluar infeksione të traktit urinar pas histerektomisë.

Shkalla i infeksioneve të traktit urinar në disa spitale konsiderohet si indikator i cilësisë kirurgjikale.

Heqja e kateterit sa më shpejt pas operacionit, rekomandohet fuqimisht për të zvogëluar rrezikun e këtij ndërlikimi, që sidoqoftë mbetet i ulët.

Dëmtimi ureteral:

Shkalla e incidencës së këtij komplikacioni është rreth 1.7% në histerektominë abdominale dhe 0% deri 0.1% në histerektominë vaginale. Lëndimet në përgjithësi ndodhin me përdorime tepruar të elektrokoagulimit në indet pranë ureterit. Këto dëmtime menaxhohen më së miri me rezeksionin e pjesës së dëmtuar dhe riimplantimin e ureterit. Kirurgët duhet të njohin dëmtimet urologjike dhe t'i korrigjojnë ato intraoperator, për të shmangur komplikacionet serioze postoperative që ndodhin nga ekstravazimi i urinës.

Dëmtimi i vezikës urinare:

Ndodh në rreth 0,5% deri në 2% të të gjitha histerektomive. Dëmtimi i vezikës ka të ngjarë të ndodhë gjatë hyrjes në peritoneum ose gjatë disekimit të vezikës nga segmenti i poshtëm uterin, cerviksi apo vagina e sipërme. Disa studime kanë arritur në përfundimin se ndërprerja e pjesës së inervimit të fshikëzës gjatë histerektomisë mund të rezultojë në inkontinencë postoperative. Një përmbledhje sistematike raportoi që histerektomia konsiderohej si një faktor rreziku për inkontinencë urinare te gratë mbi 60 vjeç. Në një studim tjetër, inkontinenca e urgjencës u konstatua se ishte më e shpeshtë se inkontinenca e stresit tek gratë pas histerektomisë. Në vitin 2002, një studim i madh kohort zbuloi se gratë mbi 50 vjeç kishin më pak shance të kishin përmirësim të inkontinencës urinare pas histerektomisë sesa gratë më të reja në moshë.

Dëmtimi i zorrëve:

Megjithëse dëmtimi i zorrëve është i rrallë, veçanërisht me histerektominë vaginale, është një ndërlikim serioz që shoqërohet kryesisht me histerektominë abdominale të asistuar nga laparoscopia. Gjatë histerektomisë abdominale dhe vaginale mund të lëndohet rektumi si dhe koloni descendente dhe ascendente. Dëmtimet e zorrëve ndodhin gjatë preparimit të aderencave midis uterusit dhe zorrëve ose disekimit të Douglas-it. Përgatitja para operatore e zorrëve mund të lejojë korrigjimin kirurgjikal në rast dëmtimi aksidental të zorrës së trashë, pa nevojën e kolostomisë.

1.2.4.2 Hemorragjia:

Një nga ndërlikimet më serioze që lidhet me histerektominë është hemorragjia. Hemorragjia e tepërt komplikon afërsisht 1% deri në 3% të të gjitha histerektomive. Në shumicën e rasteve, hemorragjia e ka origjinën në këndet anësore të vaginës dhe kontrollon mirë nga risuturimi i këndeve të vaginës.

Mesatarisht, humbjet intraoperatore të gjakut mund të variojnë nga 300 deri në 400 ml. Shenjat e hershme postoperatore të hemorragjisë pas histerektomisë vaginale përfshijnë hemorragjinë vaginale, përkeqësimin e shenjave jetike, uljen e hematokritit dhe dhimbje anësore abdominale.

Përveç kontrollit preoperator të grupit të gjakut dhe Rhesusit, dy deri në katër njësi gjaku të paketuara duhet të jenë të disponueshme në çdo kohë. Gratë që kanë më tepër mundësi të kenë nevojë për transfuzion gjaku, janë ato që i nënshtrohen histerektomisë peripartum ose për kancer gjinekologjik, si dhe ato që i nënshtrohen histerektomisë të shoqëruar me sëmundje inflamatore pelvike, abscese pelvike ose aderenca.

1.2.4.3 Sëmundja tromboembolike:

Rreziku i tromboembolisë venoze pas histerektomisë abdominale tek pacientët me rrezik të ulët dhe të lartë është 0.2% dhe 2.4%, përkatësisht. Rreziku i trombozës venoze të thellë dhe embolisë pulmonare mund të minimizohet me përdorimin e çorapeve elastike perioperatore dhe aktivizimit të hershëm pas operacionit.

Lloji i profilaksisë së rekomanduar varet nga faktorët e riskut të secilit pacient. Faktorët e riskut përfshijnë obezitetin, sëmundjet malinje, terapinë radiative të mëparshme, imobilizimin, përdorimin e estrogjenit, anestezinë e zgjatur, operacionet radikale dhe anamnezë personale ose familjare për tromboemboli. Pacientëve me risk të lartë për tromboemboli mund t’iu jepet heparinë me peshë molekulare të ulët ose 5,000 njësi heparinë subkutane para operacionit dhe më pas çdo tetë deri në 12 orë pas operacionit për të ulur riskun e situatave tromboembolike.

Dëmtimi i kujtesës afat-shkurtër

Histerektomia mund të dëmtojë disa lloje të kujtesës afat-shkurtër pas operacionit, sipas një studimi të botuar në revistën *Endocrinology* të Shoqatës Endokrinologjike, në 2018⁸⁸.

Ky studim është i pari në llojin e tij për të lidhur uterusin me funksionin e trurit duke përdorur një model histerektomie tek minjtë për të demonstruar efektin e këtij interventi në aftësitë konjitive, duke përfshirë aftësitë e kujtesës dhe të të menduarit.

Studiuesit krijuan një model histerektomie tek minjtë për të vlerësuar efektet e heqjes kirurgjike të uterusit në funksionimin e trurit. Ata zbuluan se heqja kirurgjike vetëm e uterusit mund të dëmtojë disa lloje të kujtesës afat-shkurtër, deri dy muaj pas operacionit. Ovarektomia pa histerektomi nuk rezultoi në dëmtim të kujtesës, duke treguar efektin unik negativ të histerektomisë në memorie, dhe duke sugjeruar që uterusit dhe ovalet janë pjesë e një sistemi komunikativ me trurin për funksione të ndryshme konjitive.

Këto gjetje shkencore të reja do të rrisin më shumë vëmendjen rreth faktit se si menopauza dhe kirurgji të ndryshme që cojnë në menopauzë, mund të ndikojnë në funksionin cerebral të pacienteve, duke ndikuar thellësisht në cilësinë e tyre të jetës.

Ulja e interesit seksual

Zakonisht, nuk është e mundur që të parashikohet efekti i një histerektomie mbi interesin seksual të një gruaje, duke qenë se individët janë shumë të ndryshëm nga njëri-tjetri. Sidoqoftë, shumë gra raportojnë një kënaqësi të shtuar seksuale pas një histerektomie, veçanërisht nëse interveni është kryer për të zgjidhur hemorragjinë e vazhdueshme ose dhimbjet pelvike. Vecanërisht pacientet që i kanë arritur barrat që kanë dëshiruar, mund të gëzojnë ‘lirinë’ që vjen pas histerektomisë, duke pasur siguri se nuk do të mbeten më shtatzënë.

Sidoqoftë, disa gra ankohen për humbjen e interesit ose kënaqësisë gjatë marrëdhënies seksuale, ndoshta për shkak të uljes apo mungesës së orgazmave (siç do ta shpjegojmë më gjerësisht më pas). Tharja vaginale e ndërlikon edhe më tej problemin, duke e bërë penetrimin të pakëndshëm. Në shumicën e grave, humbja e kënaqësisë është e përkohshme.

Depresioni

Disa gra ndjehen të dëshpëruara nga mendimi se kanë humbur uterusin ose se janë të paaferta të konceptojnë një fëmijë. Të tjera, e kanë të vështirë të pranojnë humbjen e menstruacioneve. Këto dhe të tjera arsye, mund të shkaktojnë një depresion të shkallëve të ndryshme. Simptomat përfshijnë një ndjesi humbje ose një ndryshim në perceptimet e tyre mbi feminitetin ose fertilitetin, ndjenja trishtimi, humbje interesi për gjërat që më parë i pëlqenin dhe mungesë energjie. Mund të zgjasin për shumë javë ose muaj pas operacionit.

Çrregullimet intestinale

Histerektomia është një procedurë e zakonshme dhe quhet relativisht e sigurt. Pas një histerektomie, disa gra mund të ankohen për konstipacion. Kjo zakonisht është e përkohshme dhe mund të parandalohet duke rritur sasinë e fibrave dhe frutave në dietë. Te disa gra që paraqesin konstipacion ose humbje të dëshirës për të defekuar, është vërejtur që fillimi i këtyre simptomave nis që përpara histerektomisë. Në ditët e para, dhënia e një laksativi mund të jetë e dobishme për të shmangur tendosjen gjatë defekimit.

Mekanizmat mbi këto çrregullime pas histerektomisë, sidoqoftë mbeten pak të kuptuara.

Është plotësisht e besueshme që histerektomia në vetvete nuk ka një ndikim të rëndësishëm mbi funksionin e zorrëve dhe mbi çrregullimet e peristaltikës që duken se pasojnë, por në të vërtetë mesa duket e paraprijnë operacionin.

Ankesat gjinekologjike dhe gastroenterologjike shpesh ndërlihen. Prevalenca e sindromës së zorrës së irrituar (SZI) në popullatën e përgjithshme femërore është raportuar si ndërmjet 13 dhe 22% dhe gratë që vizitojnë më shpesh klinikat gjinekologjike kanë një prevalencë veçanërisht të lartë të simptomave të sindromës së zorrës së irrituar.

Disa studime kanë adresuar pyetjen nëse vetë histerektomia ndikon në simptomat e konstipacionit ose në sindromën e zorrës së irrituar. Gurnani et al⁸⁴ në një studim retrospektiv të grave që më parë kishin bërë histerektomi, gjeti që në mënyrë të konsiderueshme më shumë gra raportuan simptoma të reja të konstipacionit dhe një humbje të dëshirës defektive pas histerektomisë radikale. Asnjë rritje e tillë nuk u raportua nga gratë pas operacionit joradikal. Në një grup grash që iu nënshtruan histerektomisë abdominale totale për sëmundje beninje, simptomat e konstipacionit u raportuan nga 19% para operacionit dhe me 16% tre muaj pas histerektomisë.

Sekrezione hemorragjike vaginale të shtuara

Ndërsa një sasi e moderuar e sekrecionesh hemorragjike në trajtë rrjedhjesh vaginale (më pak se gjatë një menstruacioni) është normale deri në gjashtë javë, disa gra mund të raportojnë hemorragji në sasi të madhe, me koagula ose të kenë sekrecione me erë të rëndë.

1.3 Efektet afat-gjata të histerektomive;

Pjesa më e madhe e histerektomive kryhen për indikacione beninje për të përmirësuar cilësinë e jetes dhe si procedurë kirurgjikale zakonisht shoqërohet me pak komplikacione. Në vitet e fundit, një numër gjithnjë e më i madh studimesh po tregojnë efektet afatgjata që konstatohen pas histerektomive, sidomos në dyshemënë pelvike dhe disa studime kanë treguar efekte të padëshirueshme në aspekte të tjera shëndetësore.

Efektet afatgjata të histerektomive në dyshemënë pelvike që duhet të merren në konsideratë gjatë vendimmarrjes kirurgjikale janë: prolapsi i organeve pelvike, inkontinenca urinare, çrregullimet e jashtëqitjes, disfunksioni seksual dhe formimi i fistulave në organet pelvike. Këto pasojë mund të ndodhin edhe shumë kohë pas interventit, duke dëmtuar seriozisht cilësinë e jetes. Për shembull, ekziston një risk i vazhdueshëm për të kryer një intervent për korrigjimin e inkontinencës urinare të stresit 10 vjet pas histerektomisë.

Po ashtu, disa prej pasojave janë të lidhura edhe me rritjen e jetëgjatësisë, pra femrat do të jetojnë një pjesë të mirë të jetës së tyre në menopauzë dhe në post-menopauzë. Disfunksioni i dyshemesë pelvike patjetër që lidhet me moshën dhe me ndryshimet degjenerative post-menopauzale të indeve mbështetëse të dyshemesë pelvike.

Për rrjedhojë, një numër gjithnjë e më i madh pacientesh do të paraqiten me insuficiencë të dyshemesë pelvike, prolaps të organeve pelvike dhe inkontinencë urinare; dhe në këtë grup, patjetër që gratë me histerektomi të mëparshme duket të jenë më të riskuara.

Shumë nga gjetjet klinike në lidhje me efektet anësore afatgjata të histerektomisë janë konfliktuale. Për shembull, disa studime kanë treguar rritje të disfunkcionit seksual pas histerektomisë, ndërsa të tjera kanë treguar përmirësime në këtë fushë. Mospërputhjet në të dhëna vështirësojnë identifikimin e qartë të efekteve afatgjata të histerektomisë për klinikistët dhe akoma më tepër vështirësojnë vendimin e pacienteve për të përcaktuar nëse përfitimet e mundshme prej histerektomisë i tejkalojnë risqet.

Sipas studimeve, histerektomia përbën një faktor risku për inkontinencën urinare dhe prolapsin e organeve pelvike. Ky intervent mund të shoqërohet gjithashtu me disfunkcion të zorrës, me fistula të organeve pelvike dhe disfunkcion seksual.

Për qëllimet e këtij studimi, efektet afat-gjata të histerektomive janë kufizuar vetëm për histerektomitë me indikacione beninje.

1.3.1 Disfunkcioni seksual

Pavarësisht deklarimeve për të kundërtën, ka evidenca të qëndrueshme që shumica e femrave kanë funksion seksual të pandryshuar ose madje të përmirësuar një ose dy vjet pas histerektomisë. Është sugjeruar gjithashtu se histerektomia abdominale supracervikale (subtotale) siguron një funksion seksual postoperativ më të mirë. Ky opinion kryesisht mbështetet në faktin që në thelb, orgazma është një orgazëm cervikale e shkaktuar nga stimulimi i mbaresave nervore në pleksusin uterovaginal, dhe për pasojë heqja e cerviksit mund të kishte një efekt të pafavorshëm në eksitimin seksual dhe orgazmën.

Por, ky koncept u kundërshtua nga një review sistematike nga Lethaby et al.⁵, e cila doli në konkluzionin se nuk kishte evidenca që lënia e cerviksit shoqërohej me një funksion seksual të përmirësuar. Megjithatë, duhet theksuar se shumë nga efektet afat-gjata të histerektomisë mbi funksionin seksual janë ende të panjohura.

Disfunkcioni seksual është një fenomen multifaktorial që përfshin komponentë fiziologjikë, psikologjikë dhe socialë. Kërkesat kryesore fiziologjike për funksionin seksual përfshijnë një funksionim normal të steroideve seksuale, inervimit autonom dhe somatik dhe furnizimin me gjak të organeve genitale.

Megjithëse të dhënat janë relativisht të pakta, është konkluduar se në gratë me disfunkcione seksuale post histerektomisë, si zbehje të dëshirës seksuale, eksitimit apo orgazmës, ka një përfshirje fiziopatologjike të disa faktorëve, si nivelet e ulura të steroideve seksuale, gjithashtu dhe dëmtime të vaskularizimit dhe inervimit (Mokate et al.³⁶).

Aspektet psikologjike të disfeksionit seksual janë komplekse. Sipas Basson et al.⁶, këtu përfshihen reagimet fizike, emocionale dhe konjitive. Pacientet që kryejnë histerektomi për prolaps të organeve pelvike apo dhimbje pelvike kronike përbëjnë një grup interesant në të cilin pritshmëritë preoperative të interventit dhe rezultatet pas tij kanë një impakt të rëndësishëm në mirëqenien psikologjike postoperative. Kjo është më e lidhur sidomos me femrat që kanë kryer histerektomi për dhimbje pelvike kronike. Në këto grupe, problemet me ankthin, depresionin ose uljen e libidos mund të ekzistojnë që përpara interventit dhe bëhen dominante nëse pritshmëritë e pacientes pas interventit nuk plotësohen.

Pavarësisht se histerektomia është e dyta nga procedurat kirurgjikale tek gratë, nuk ka shumë dokumentim për rezultatet dhe efektet e saj.

Është mjaft e rëndësishme si për mjekët dhe për pacientet që të kenë një botëkuptim më të qartë përse i përket risqeve dhe përfitimeve relative që priten nga histerektomia.

1.3.2 Disfeksioni urinar

Problemet urinare më të ndeshura pas një histerektomie janë: dëmtimi i vezikës urinare dhe infeksionet urinare si efekte afat-shkurtra, vezika hiperaktive dhe inkontinenca e stresit si efekte afat-gjata.

Alterimet post-histerektomi të inervimit dhe anatomisë uretrale, mund të nisin një proces ndryshimesh në dinamikën e presionit uretral dhe në suportin e qafës së vezikës, duke çuar në një përkeqësim të funksionit uretral.

Në vazhdim të kësaj logjike, dëmtimi i degëve distale të nervave pudende dhe të plexusit hipogastrik inferior mund të frenojnë mekanizmin e ndërlikuar mbyllës të sfinkterit uretral dhe të shkaktojnë denervim kronik ose progresiv.

Kjo mund të çojë përfundimisht në zhvillimin e inkontinencës urinare.

Megjithatë, inkontinenca urinare e stresit dhe inkontinenca e urgjencës mund të kenë fiziopatologji të ndryshme, si dhe faktorë risku dhe predispozues të ndryshëm.

Inkontinenca urinare mund të ndikojë negativisht në cilësinë e jetës me një shkallë të gjerë problematikash sociale, rendisim këtu tensionimin, ankthin, turpin dhe humbjen e sigurisë tek vetja. Po ashtu, inkontinenca mund të jetë gjithashtu dhe një problem madhor i higjienës personale.

Simptomat e inkontinencës urinare janë veçanërisht të zakonshme tek moshat e vjetra dhe prekin 17-46 përqind të grave mbi 60 vjeç. Prevalenca, si e inkontinencës urinare të urgjencë dhe inkontinencës urinare mikse mendohet se rritet me rritjen e moshës.

Ushtrimet që përdoren për muskujt e dyshemese pelvike (ushtrimet e Kegel), meshat mid-uretrale prej polypropyleni, dhe trajtimi farmakologjik janë opsionet primare të menaxhimit, në varësi edhe të tipit dhe ashpërsisë së inkontinencës.

Faktorët e riskut të shoqëruara me incontinençë urinare përfshijnë lindjen e fëmijëve, mosha në rritje, mbipesha dhe obeziteti (BMI mbi 25), dhe sëmundje të tjera shoqëruese. Shoqërimi midis histerektomisë dhe inkontinencës ka qenë subjekt i debateve të shumta pasi të dhënat shkencore nuk janë të shumta dhe bindëse.

Ka pak studime klinike të randomizuara që kanë marrë në studim shoqërimin afat-shkurtër midis histerektomisë dhe inkontinencës urinare, por pothuajse asnjë nuk ka investiguar mbi efektet afat-gjata. Për më tepër, të dhënat nga studimet klinike të randomizuara dhe ato prospektive janë limituar nga mungesa e grupeve të kontrollit me gra që nuk kanë pasur histerektomi. Ka gjithashtu mospërputhje midis studimeve që kanë përdorur pyetësorë vetë-raportues për të përshkruar funksionin e traktit urinar dhe studimeve që kanë përdorur matjet objektive, si urokinamika.

Në disa studime observuese, histerektomia është shoqëruar me një përkeqësim të funksionit të vezikës urinare. Sipas *Altman et al.*¹³, ka dy herë më tepër risk për një inkontinencë stresi që kërkon ndërhyrje kirurgjikale tek gratë që kanë kryer histerektomi sesa tek femrat që nuk kanë kryer histerektomi.

Risku ishte më i lartë në vitet e para pas histerektomisë, por mbetej akoma në dhjetë vitet në vazhdim.

1.3.3 Disfunksioni intestinal

Është plotësisht e besueshme që histerektomia në vetvete nuk ka një ndikim domethënës mbi funksionin e zorrës, dhe mesa duket çrregullimet e lëvizshmërisë së zorrës janë prezente që përpara operacionit. Disfunksioni gastro-intestinal është një fenomen shumë i përhapur në popullatën e përgjithshme femërore dhe është veçanërisht i zakonshëm midis grave me simptoma gjinekologjike.

Prevalenca e sindromit të zorrës së irrituar (SZI) në popullatën e përgjithshme femërore është raportuar të jetë diku midis 13 dhe 22%, ndërsa gratë që vizitojnë klinikat gjinekologjike e kanë këtë prevalencë më të lartë, rreth 33%. Gratë me SZI raportojnë më shpesh çrregullime gjinekologjike të tilla si dismenorrhea dhe sindrom premenstrual, sesa gratë pa SZI. Gjithashtu shumë gra me SZI raportojnë nivele më të larta të dhimbjeve nga krampet uterine gjatë menseve sesa gratë pa SZI. Nga studime të ndryshme raportohet se afërsisht një e treta e grave me SZI referojnë një histori të dhimbjes pelvike kronike.

Shoqërimi midis disfunksionit të zorrëve dhe çrregullimeve të tjera të organeve pelvike, sidomos urinare, është i konsiderueshëm. Ndoshta më e vështirë për t'u dalluar, është mbivendosja midis SZI dhe endometrioze; gratë që vuajnë nga endometrioza kanë simptoma të disfunksionit të zorrës të krahasueshme me diagnozën e SZI.

Çrregullimet që ndeshen më së shumti pas kryerjes së histerektomisë, janë konstipacioni dhe inkontinenca anale. Faktorët fiziopatologjikë për disfunksionin e zorrës pas histerektomisë, mund të kenë të bëjnë me ndryshimet e suporit dhe dinamikës rektale.

Plexusi pelvik është me rëndësi madhore në kontraksionet e koordinuara të muskulaturës së lëmuar të zorrëve dhe dëmtimi i përçueshmërisë nervore të tyre mund të rezultojë në disfunktion të zorrës dhe konstipacion.

Prishja e indeve mbështetëse pelvike me instrumenta të mprehtë ose me shtyrje gjatë histerektomisë, mund të ndërhyjë me inervimin anorektal, kryesisht nervin pudend, duke përbërë bazat fiziopatologjike për inkontinencën anale.

Inkontinenca anale përbën për pacientin një situatë diskomforti dhe të bezdisshme në aspektin social dhe atë fizik. Inkontinenca anale sa vjen e bëhet më e shpeshtë me avancimin e moshës dhe raportohet në rreth 12 përqind të të moshuarve mbi 65 vjeç që jetojnë nëpër banesat komunitare. Kjo mund të jetë pasojë e dëmtimit të kompleksit të sfinkterit anal, degjenerimi idiopatik (senil) i sfinkterit, sëmundje neurologjike ose shkaqe që nuk kanë të bëjnë me sfinkterin (psh. diarreha dhe demenca).

Studimet që kanë investiguar lidhjen midis histerektomisë dhe inkontinencës anale janë të pakta; megjithatë një studim prospektiv tre vjeçar në 120 femra⁵⁰ tregoi se histerektomia rrit riskun e simptomave të inkontinencës anale të formës së lehtë dhe pacientet me një anamnezë obstetrikale të dëmtimit të sfinkterit anal janë veçanërisht më të riskuara për të vuajtur nga inkontinenca fekale post-histerektomisë.

Studime të ndryshme ia atribuojnë alterimet e funksionit të zorrës një histerektomie të mëparshme, zakonisht me rezultat konstipacionin dhe vështirësi të zbrazjes rektale. Shumë gra lidhin vendosjen e disfunkcionit të zorrës me histerektominë, por megjithatë nuk ka evidenca klinike përfundimtare për ta përcaktuar këtë si shkak të drejtpërdrejtë.

Deri tani, nuk ka një marrëveshje të përbashkët midis studiuesve dhe midis studimeve apo review-ve nuk është gjetur një shoqërim i drejtpërdrejtë mes histerektomisë dhe disfunkcionit të zorrës.

Disa prej studimeve të cilat kanë sugjeruar një lidhje mes këtyre të dyjave, janë kritikuar për natyrën e tyre retrospektive dhe për mos-specifikimin e llojit të disfunkcionit të zorrës sipas tipit të histerektomisë.

Në një studim të vonshëm (Maas et al³²), i tipit prospektiv dhe multicenter, u përgjodhën 430 femra të cilat u ndoqën me pyetësore dhe intervista për 10 vite. Dhjetë vjet pas histerektomisë, shumë gra kishin simptoma bezdisëse të lidhura me defekimin pas histerektomisë vaginale krahasuar me atë abdominale, e shpjeguar me prevalencën e rritur të inkontinencës flatus dhe asaj fekale pas histerektomisë vaginale. Megjithatë, edhe pas korrigjimit kishte diferenca në varësi të moshës, lindjeve vaginale, prolabilitetit të uterusit apo indikacioneve për histerektomi; por këto diferenca nuk ishin statistikisht domethënëse.

1.3.4 Prolapsi i organeve pelvike

Prolapsi i organeve pelvike është një shkak madhor i morbiditetit post histerektomi, duke prekur deri në 50 përqind të grave të operuara mbi moshën 50 vjeç dhe që kanë lindur. Shumica e klinicistëve do të binin dakort me faktin se histerektomia është në vetvete një faktor risku për prolapsin e organeve pelvike. Por vetëm në vitet e fundit ka pasur evidenca dhe fakte të plota epidemiologjike për të mbështetur këtë konstatim.

Prolapsi i kupolës vaginale është përcaktuar si zbritja e kupolës vaginale poshtë një pike që është 2 cm më pak sesa gjatësia totale e vaginës sipër planit të himenit. Kjo ndodh kur vagina e sipërme zbret poshtë ose del jashtë vaginës. Defekte të tjera shoqëruese të dyshemesë pelvike (cystocele, rectocele ose enterocele) janë prezent në 72 përqind të pacienteve me prolaps të kupolës vaginale.

Incidenca e prolapsit, që kërkon korrigjim kirurgjikal pas histerektomisë, është 3.6 për 1000 vite-gra. Risku rritet nga 1 përqind në tre vitet e para pas histerektomisë deri në 5 përqind 15 vjet pas histerektomisë. Gjithashtu, risku i prolapsit post histerektomisë është 5.5 herë më i madh në femrat tek të cilat histerektomia është bërë për arsye të prolapsit genital. Madje, disa studime kanë raportuar një incidencë deri në 43 përqind tek këto paciente femra.

Dällenbach et al.¹ kryen një studim me 114 gra që kërkuan ndërhyrje kirurgjikale për prolaps të organeve pelvike pas një histerektomie të mëparshme, dhe gjeti se faktorët e riskut përfshinin prolapsin e gradës së dytë ose më tepër përpara interventit dhe histori të lindjeve vaginale.

Marchionni et al.³ pas ndjekjes se 2670 grave për një periudhë 9 deri 13 vjeçare, gjithashtu doli në konkluzionin se incidenca e prolapsit të kupolës vaginale ishte e ulët kur histerektomia kryhej në mungesë të një defekti të dyshemesë pelvike. Këto studime mbështesin idenë se prolapsi i kupolës vaginale pas një histerektomie është më i mundshëm nëse ka pasur defekte apo prolaps preekzistuese të dyshemesë pelvike. Histerektomia vaginale, e krahasuar me atë abdominale, nuk e rrit riskun për prolaps të organeve pelvike që kërkon korrigjim kirurgjikal.

Sfondi anatomik

a) Histerektomia prish furnizimin me gjak të inervimit lokal dhe çrregullon anatominë pelvike, gjë e cila ndikon negativisht në funksionin e organeve pelvike. Dëmtimi direkt i strukturave mbështetëse dhe indeve të buta, si dhe preparimi i fascies dhe ligamenteve, janë veprime që gjithashtu mund të deformojnë anatominë pelvike pas një histerektomie.

Ndryshimet e raporteve anatomike ndërmjet zorrëve, vezikës dhe vaginës pas interventit, mund të kenë një ndikim të drejtpërdrejtë në funksionin e këtyre organeve.

Alterimet e funksioneve të organeve pelvike gjithashtu mund të jenë pasojë e ndryshimeve të anatomisë funksionale dhe inervimit të këtyre organeve. Për më tepër, vaskularizimi kolateral i cunguar i organeve pelvike dhe indeve përreth tyre, mund të ketë një ndikim afatgjatë në vetë funksionin e këtyre organeve.

b) Çarja e fascies dhe ligamenteve mbështetëse. De Lancey⁴⁶ ka përshkruar tre nivele të suportit normal të vaginës dhe në varësi nga shkalla e çarjes së fascies dhe ligamenteve mbështetëse, mund të konstatohen shkallë të ndryshme të prolapsit pas histerektomisë. Niveli i parë i suportit (niveli I) përfaqësohet nga fibrat vertikale të *paracolpium*, që janë një zgjatim i ligamenteve kardinale. Tërheqja e pamjaftueshme e apeksit vaginal nga këto ligamente, mund të çojë në prolaps të kupolës vaginale pas histerektomisë. Çarja e nivelit II të suportit vaginal (fascia pubocervikale ose rektovaginale) mund të rezultojë në zhvillimin e prolapsit të murit vaginal të përparshëm (cystocele) ose murit vaginal të pasëm (recto-, entero-, sigmoido-, perineo-cele).

Studimet në kadavra, kanë treguar se është i pamundur kthimi mbrapsht i apeksit vaginal përsa kohë këto fascie mbështetëse janë intakte.

Në dëmtimet në nivelin III, lidhjet e vaginës distale me margot mediale të muskujve levatorë, janë mjaft të dendura, sa për të siguruar se porcioni i poshtëm i murit vaginal të qëndrojë i lidhur në këtë zonë.

c) Risku i dëmtimit nervor gjatë histerektomisë. Plexusi hipogastrik inferior bilateralisht jep inervim simpatik dhe parasimpatik në viscerën pelvike të poshtme dhe lokalizohen shumë afër vagines proksimale dhe rektumit distal. Gjatë histerektomisë, plexusi pelvik mund të jetë i riskuar ndaj dëmtimeve në zona të ndryshme; në zonën ku ndahen ligamentet kardinale, në zonën e preparuar midis vezikës dhe uterusit, në zonën e preparimit të indeve paravaginale, dhe në zonën ku hiqet cerviksi.

d) Muskujt e dyshemesë pelvike, ashtu si dhe sfinkterat uretrale dhe anale, gjithashtu inervohen nga degët distale të nervave pudendale, duke siguruar inervimin motor dhe sensor.

1.3.5 Dëmtimet jatrogjene gjatë procedurës kirurgjikale

Dëmtimet jatrogjene të traktit urinar dhe zorrëve mund të ndodhin gjatë procedurës së histerektomisë. Incidenca e dëmtimeve të traktit urinar, të vërtetuara me cistoskopi, u raportua në shifra 4.3 përqind në një studim të realizuar nga Jay-James R. Miller¹⁸.

Formimi i fistulave midis organeve pelvike si pasojë e histerektomisë, shihet si një komplikacion i dëmtimeve jatrogjenike në organet e përfshira. Mekanizma të mundshëm për formimin e fistulave si pasojë e histerektomisë përfshijnë:

- Dëmtimin gjatë preparimit të vezikës,
- Sutura të kaluara përmes vezikës dhe në vezikë,
- Dëmtim direkt i traktit urinar të poshtëm ose të zorrëve, më së shumti rektumit.

Kur uterus i me muskulaturën e tij dense nuk gjendet në vendin e tij pas histerektomisë, për të shërbyer si një bufer mbrojtës, infeksionet postoperative të vaginës apo indeve paravaginale mund të shërbejnë si një burim për formimin e fistulave shumë shpejt pas kirurgjisë, një proces që mund të përshpejtohet nga dëmtimet e organeve të tjera pelvike përreth.

1.3.6 Fistulat

Formimi i fistulave në organet pelvike është një problem shqetësues i cili kërkon një trajtim të ndërlikuar dhe shpesh kërkon ndërhyrje kirurgjikale të përsëritura. Në sajë të përparimeve në kujdesin modern obstetrikal, fistula si komplikacion i lindjes vaginale është e rrallë tashmë në vendet e industrializuara, por mbetet një problem madhor në vendet në zhvillim. Në anën tjetër, kirurgjia pelvike, dhe histerektomia në veçanti, janë pranuar gjerësisht si një faktor madhor i fistulave genitale.

Tipat kryesore të fistulave janë:

- a) fistula uro-genitale,
- b) fistula intestino-genitale,
- c) fistula uro-intestinale,
- d) fistula ano-rektale, dhe
- e) fistula e organeve pelvike e paspecifikuar.

Incidenca e fistulave pas histerektomisë për indikacione beninje është vlerësuar të jetë më pak se 1 përqind. Në një studim nacional suedez, Helstrom et al.²³, i cili përdori regjistrat kombëtare të shëndetit për të gjitha histerektomitë e kryera për indikacione beninje midis viteve 1973-2003, përqindja e fistulave të operuara ishte katër herë më e lartë në gratë që kishin pasur një histerektomi të mëparshme krahasuar me gratë që kishin një uterus intakt.

Normat më të larta të fistulave në përgjithësi, u vunë re midis grave të moshuara, gjë e cila mund t'i atribuohet nivelit të ulët të estrogjenit në periudhat peri dhe postmenopauzike, që rezulton me ndryshime degjenerative të indeve vaginale dhe si pasojë të ndjeshmërisë indore ndaj infeksionit dhe proceseve inflamatore.

Gratë më të moshuara mund të kenë gjithashtu një incidencë më të rritur të fistulave për shkak të rigjenerimit të varfër indor.

Në një studim të kryer nga *Hjern et al.*⁴, 80% e femrave të trajtuara për fistula divertikulare intestino-genitale, kishin pësuar edhe një procedurë histerektomie të mëparshme. Koncepti që histerektomia rrit riskun e fistulave të organeve pelvike në gratë me divertikuloza dhe divertikulitis në veçanti, është konfirmuar edhe nga një studim kohort i bazuar në popullatë nga Suedia. Norma e fistulave ishte 51.7 krahasuar me 22.0 për 100,000 persona në gratë e bëra histerektomi me dhe pa divertikulitis, respektivisht.

Një histerektomi e mëparshme mund të përshpejtojë formimin e fistulave enterovaginale në gratë me divertikulitis, për shkak se vatra e inflamacionit do jetë më afër vaginës pa mbrojtjen e uterusit tashmë. Këto gjetje janë veçanërisht të rëndësishme për gratë e moshuara, pasi divertikuloza ndeshet më shpesh me avancimin e moshës.

1.3.7 Sëmundja kardiovaskulare

Ka disa studime që tregojnë se histerektomia mund të shoqërohet me një rrezik të rritur për sëmundje kardiovaskulare. Në një studim kohort kombëtar suedez, autorët në gjetjet e tyre raportuan se pacientet të cilat kishin patur një histerektomi përpara moshës 50 vjeç, kishin qartësisht një risk më të rritur për sëmundje vaskulare më pas gjatë jetës.

Risku ishte i rritur si për sëmundjen koronare ashtu dhe për infarktin. Menopauza e hershme është një faktor risku i mundshëm për sëmundjen kardiovaskulare dhe insuficienca ovariale që pason histerektominë mund të jetë një shpjegim i mundshëm biologjik për shoqërimin midis histerektomisë dhe sëmundjes kardiovaskulare.

1.3.8 Neoplazitë

Histerektomia është shoqëruar me neoplazi të ndryshme përfshirë kancerin e tiroides, adenocarcinoma renale (renal cell carcinoma) dhe të vezikës urinare, por këto shoqërimi janë përgjithësisht të dobëta dhe jokonsistente. Adenokarcinoma renale renditet e teta nga karcinomat më të zakonshme tek femrat, dhe përbën shumicën e rasteve të reja të adenokarcinomave parenkimatoze renale.

Në një studim të realizuar nga *Altman et al.*¹³, në vitin 2010, u tregua se histerektomia për shkaqe beninje shoqërohej me një risk afat-gjatë të konsiderueshëm për adenokarcinomën renale.

Risku për këtë patologji ishte në varësi të moshës dhe risku më i lartë u gjet brenda dhjetë vitesh nga interveni midis grave që kryen histerektominë në moshën 44 vjeç ose më pak.

Mekanizmat me anë të të cilave histerektomia rrit riskun për adenokarcinomën renale (renal cell carcinoma) janë të paqarta, por mund të përfshijnë katekolaminat dhe obezitetin. Obeziteti është evidentuar vazhdimisht nëpër studime të ndryshme të jetë një faktor predispozues për adenokarcinomën renale dhe për më tepër, edhe për një gamë të gjerë neoplazish të tjera.

Në këtë pikë, patjetër nevojiten studime të mëtejshme për të qartësuar këtë bashkëshoqërim të rëndësishëm.

1.3.9 Sëmundjet neurodegenerative

Efektet konjitive afat-gjata të histerektomisë dhe ooforektomisë mbeten të diskutueshme. Disa studime tregojnë që histerektomia dhe ooforektomia mund të kenë efekte të dëmshme mbi trurin nëpërmjet mekanizmave endokrine, dhe hipoestrogenizmi luan një rol kyç në këtë bashkëshoqërim. Studime të tjera tregojnë se përdorimi i terapisë zëvendësuese hormonale pas histerektomisë mund të rrisë riskun e sëmundjeve neurodegenerative siç është sëmundja e Parkinsonit.

Gjithashtu, bazuar në vëzhgimet dhe konstatimet se ka një përmbajtje më të lartë të hekurit në pacientët me sëmundje kronike neurologjike, si Parkinsoni ose Alzheimeri, prezenca e hekurit në sasi të tepërta konsiderohet si një faktor madhor risku për sëmundjet neurodegenerative.

Mbingarkesa me hekur në substantia nigra dhe toksiciteti i tij mbi neuronet dopaminergjike, është sugjeruar të ketë një rol kyç në patogenezën e sëmundjes së Parkinsonit. Për këtë arsye, meshkujt kanë një tendencë më të madhe për të zhvilluar këto sëmundje, madje edhe në mosha të reja; ndërsa femrat kanë një ngarkesë më të ulët me hekur duke pasur shkarkime mujore të hekurit me menstruacionet.

Sipas një studimi të Universitetit të Kalifornisë⁸³, në të cilën u përdor një teknikë MRI sensitive për hekurin, dhe që mund të maste sasinë e ferritinës në tru, në substantia nigra; u ekzaminuan 39 gra në postmenopauzë, 15 prej të cilave patën kryer një histerektomi para menopauzës. Gjithashtu u ekzaminuan dhe 54 subjekte meshkuj për krahasim.

Studiuesit zbuluan se 15 gratë që kishin kryer histerektomi kishin përqendrimet e hekurit në rajonet e lobit frontal të trurit që nuk ndryshonin nga nivelet e burrave. Më tej, si gratë që kishin një histerektomi, ashtu edhe burrat kishin sasi hekurit dukshëm më të larta sesa gratë që nuk kishin kryer histerektomi.

Rezultatet e këtij studimi sugjerojnë se humbja e gjakut e lidhur me menstruacionet mund të shpjegojë ndryshimet gjinore në depozitat e hekurit në tru. Dhe histerektomitë, sidomos në mosha të reja, mund të jenë një faktor risku për zhvillimin e sëmundjeve neurodegenerative tek gratë.

Kjo çështje në fakt, është shumë pak e investiguar dhe nuk ka një konsensus mbi efektet e mundshme konjitive të histerektomisë.

1.3.10 Menopauza e hershme

Shumë nga ndërlikimet afatgjata të lidhura me histerektominë lidhen me ndryshimet në ekuilibrin hormonal. Ooforektomia bilaterale kryhet në më shumë se 50% të histerektomive në SH.B.A. dhe është e diskutueshme. Disa kirurgë besojnë se ovaret duhet të hiqen për të parandaluar zhvillimin e ardhshëm të malinjitetit, ndërsa të tjerët preferojnë t'i ruajnë "vezoret normale" për të ruajtur sekretimin e hormoneve seksuale dhe të shmangin terapinë hormonale afatgjatë, veçanërisht në gratë me kundërlindime ndaj terapisë me estrogen. Kur hiqen vezoret, nivelet e hormoneve seksuale ovariale, përkatësisht estrogeni, progesteroni dhe testosteroni, bien shpejt, duke rezultuar në menopauzë të papritur.

Studimet kanë zbuluar se edhe ato gra që ruajnë njëren ose të dy vezoret pësojnë menopauzë në moshë më të hershme. Një studim retrospektiv³⁵ tregoi se gratë që kishin kryer një histerektomi me ruajtjen e njëres ose të dy ovaeve, kaluan në menopauzë mesatarisht 5.5 vjet më herët sesa gratë që nuk kishin kryer histerektomi. Në këtë studim, nuk u gjet asnjë diferencë midis pacienteve me ruajtje të një kundrejt të dy ovaeve, megjithëse disa studime të tjera kanë raportuar ndryshime.

Teoria më e besueshme është që që insuficienca e hershme ovariale pas histerektomisë mund të ndodhë për shkak të prishjes apo çrregullimit të vaskularizimit të ovaeve, duke qenë se disa nga vazat kolaterale që vaskularizojnë ovaret kalojnë në uterus; duke bërë kështu që të ulet fluksi i gjakut që shkon në ovaere i cili është i domosdoshëm për prodhimin e duhur të hormoneve seksuale.

2. METODOLOGJIA

2.1 Qëllimi:

Studimi ynë synon të vlerësojë funksionin seksual, funksionin urinar dhe efekte të tjera të histerektomisë që ndikojnë mbi jetën e gruas dhe të krahasojë mirëqenien e përgjithshme të pacientes para dhe pas kryerjes së histerektomisë abdominale ose vaginale.

2.2 Objektivi i përgjithshëm:

Objektivi i këtij studimi është të krahasojë funksionet urinare, gastrointestinale dhe funksionet seksuale para dhe pas interventit; gjithashtu dhe përshkrimin e pritshmërive dhe të kënaqësisë së pacienteve përpara dhe pas histerektomisë për patologji beninje.

2.3 Objektivat specifike:

1. Përshkrimi i profilit social dhe demografik të rasteve të marra në studim.
2. Të përcaktojmë dhe të kuptojmë më mirë problematikën dhe përfitimet nga histerektomitë me dhe pa ruajtjen e ovareve.
3. Vlerësimi i funksionit seksual tek pacientet pas kryerjes së histerektomisë, duke e krahasuar atë me periudhën para interventit.
4. Vlerësimi i interesit seksual dhe matja e shkallës së kënaqësisë seksuale përpara dhe pas interventit për kampionin e zgjedhur në studim.
5. Vlerësimi i disfeksioneve urinare dhe intestinale pas histerektomisë dhe krahasimi me shkallën e këtyre disfeksioneve para këtij interventi.
6. Eksplorimi i problematikave të cilat lidhen me cilësinë e jetës pas interventit si dhe investigimi i njohurive dhe qëndrimeve të të intervistuarave lidhur me pasojat e histerektomisë, na ndihmojnë në vlerësimin e kënaqësisë së përgjithshme të pacienteve pas kryerjes së histerektomisë abdominale ose vaginale.

2.4 Materiale dhe metoda

Për të ndërtuar pyetësorët apo formularët para dhe pas interventit, ne jemi mbështetur në dy pyetësorë: pyetësorin **UFS-QOL** (Uterine Fibroid Symptoms and Quality of Life Questionnaire)¹¹, një pyetësor i cili synon të vlerësojë aspektin emocional, cilësinë e jetës dhe rëndesën e simptomave tek pacientet me simptoma

gjinekologjike si hemorragji vaginale, dhimbje pelvike etj, si dhe në pyetësin **PISQ-12** (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire)²⁴, i cili u krijua për të vlerësuar funksionin seksual në gratë me inkontinencë urinare dhe / ose prolaps të organeve pelvike. Ky pyetësor është përdorur nëpër mjaft studime, i përshtatur sipas objektivit të këtyre studimeve, dhe është quajtur një pyetësor i shkurtër, i vlefshëm dhe i besueshëm. Ky pyetësor i parapriu krijimit të pyetësorit më të zgjeruar, PISQ-31, dhe është në gjendje të dedektojë pacientet me funksion të ulët seksual, në një grup të caktuar pacientesh.

Ky pyetësor, i ndërtuar nga ne, u testua në 20 paciente në mënyrë të randomizuar, dhe meqenëse rezultatet ishin të vlefshme dhe të krahasueshme me të dhënat e literaturës, u përdor në popullatën tonë të studimit.

Të gjitha grave iu shpërnda ky pyetësor për ta plotësuar pasi u sqaruan në lidhje me përmbajtjen e tij, ruajtjen e konfidencialitetit dhe iu mor aprovimi me shkrim.

Pyetësori përpara interventit përmban 41 pyetje, ndërsa pyetësorët 3 muaj dhe 12 muaj pas interventit, të cilët janë identikë, përmbajnë 35 pyetje; të dy këta lloje pyetësorësh janë të ndara në disa kategori apo grupime pyetjesh si më poshtë:

| KATEGORITË | PYETESORI PARA INTERVENTIT (41 pyetje) | PYETESORI 3 DHE 12 MUAJ PAS INTERVENTIT (35 pyetje) |
|--|---|--|
| <i>Marrëdhëniet mjek-pacient</i> | 8 pyetje | 3 pyetje |
| <i>Aspekti emocional</i> | 6 pyetje | 6 pyetje |
| <i>Funksioni seksual</i> | 8 pyetje | 8 pyetje |
| <i>Simptomat urinare</i> | 3 pyetje | 3 pyetje |
| <i>Simptomat digjестive</i> | 5 pyetje | 5 pyetje |
| <i>Pritshmëritë nga interventi</i> | 5 pyetje | 4 pyetje |
| <i>Imazhi për veten dhe kënaqësi të përgjithshme</i> | 6 pyetje | 6 pyetje |

Tabela 1. *Pyetësori tre dhe dymbëdhjetë muaj pas interventit*

Pyetësori është me vetë-raportim, lehtësisht i kuptueshëm, e që kërkon 7 deri 10 min për t’u plotësuar.

2.4.1. PYETËSORI PARA INTERVENTIT

Më poshtë keni një listë me pyetje që kanë lidhje edhe me jetën seksuale tuajën dhe të partnerit tuaj. Të gjitha informacionet do të jenë plotësisht konfidenciale. Përgjigjet tuaja do të përdoren vetëm për të ndihmuar mjekët të kuptojnë se çfarë është e rëndësishme për pacientët në lidhje me shqetësimet fizike dhe jetën e tyre seksuale para dhe pas histerektomisë. Plotësimi i pyetësorit do të zgjasë rreth 7-10 minuta.

Ju lutem vini një kryq mbi përgjigjen që mendoni se është më e përshtatshme. Ndërsa u përgjigjeni pyetjeve, merrni parasysh shqetësimet dhe seksualitetin tuaj gjatë gjashtë muajve të fundit. Faleminderit për ndihmën tuaj.

Aktualisht, jeni seksualisht aktive?

Jo, nuk jam në gjendje → Faleminderit, ju keni mbaruar me pyetësorin

Jo, nuk kam dëshirë të përgjigjem → Faleminderit, ju keni mbaruar me pyetësorin

Jo, unë nuk kam një partner → Faleminderit, ju keni mbaruar me pyetësorin

Jo, partneri im nuk është në gjendje → Faleminderit, ju keni mbaruar me pyetësorin

Po → Vazhdoni me pyetjet vijuese

Emri i pacientes: _____ **Firma e konsensusit**

Mosha _____

Diagnoza _____

Data _____

Shqetësimet: Hemorragji Dhimbje barku Prolaps i uterusit

Ky pyetësor do jetë plotësisht konfidencial dhe të dhënat nga ky pyetësor do përdoren vetëm për qëllime studimore.

Marrëdhëniet mjek-pacient

1. Mjeku im ka folur gjatë dhe qartë me mua për të më shpjeguar pse unë duhet ta bëj këtë histerektomi
 Po Jo
2. Mjeku im duket se më kupton shumë mirë se si ndjehem unë për këtë histerektomi
 Po Jo
3. Kam pasur mundësi të flas lirisht me mjekun tim përse i perket shqetësimeve të mia për këtë histerektomi
 Po Jo
4. Mendoj se më është dhënë informacioni i mjaftueshëm për gjendjen time përpara se të vendosnim për këtë histerektomi
 Po Jo
5. Mendoj se e kam dhënë mendimin tim aq sa duhet në vendimin për histerektomi
 Po Jo
6. Mjeku im duket shumë i zënë për t’ju përgjigjur pyetjeve dhe shqetësimeve të mia
 Po Jo
7. Kam përdorur mjekime të ndryshme, por pa rezultat (3-6 muaj, 6-12 muaj, mbi 1 vit)
 Po Jo
8. Mendoj se janë provuar të gjitha alternativat e mundshme përpara se të vendosnim për histerektominë
 Po Jo

Aspekti emocional

9. Kam pasur ankth ose nervozizëm, këto 6 muajt e fundit.
 Po Jo
10. Kam pasur gjendje të keqe shpirtërore këto 6 muajt e fundit.
 Po Jo
11. Kam pasur pagjumësi këto 6 muajt e fundit.
 Po Jo
12. Kemi pasur probleme në marrëdhënien në çift këto 6 muajt e fundit.
 Po Jo
13. Kemi pasur probleme në marrëdhënien në çift për shkak të gjendjes time shpirtërore.
 Po Jo
14. Kemi pasur probleme në marrëdhënien në çift për shkak të hemorragjisë apo dhimbjes kronike.
 Po Jo

Funksioni seksual

15. Ka ndikuar kjo gjendje shëndetësore në jetën tuaj seksuale? Dhe sa ka ndikuar.
 Po Jo Aspak Pak Shume
16. Sa shpesh ndjeni dëshirë seksuale?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
17. A ndjeheni të eksituar seksualisht kur keni kontakt seksual me partnerin tuaj?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
18. A jeni të kënaqur me aktivitetin tuaj seksual 6 muajt e fundit?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
19. A ndjeni dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale në 6 muajt e fundit?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
20. Ndjeni thatësi të gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
21. A i shmangni marrëdhëniet seksuale për shkak të dhimbjes vaginale?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
22. A keni orgazëm kur keni marrëdhënie seksuale me partnerin tuaj?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë

Funksioni urinar

23. A ju kufizon frika nga mosmbajtja e urinës gjatë marrëdhënieve seksuale?
 Po Jo
24. A keni vështirësi gjatë urinimit?
 Po Jo
25. A urinoni shpesh gjatë ditës apo natës?
 Po Jo

Simptoma gastro-intestinale

26. Keni pasur shtrëngime të herëpashershme të zorrëve, (krampe)?
 Po Jo
27. Keni pasur diarre prej më shumë se 2 javësh?
 Po Jo
28. Keni pasur konstipacion prej disa muajsh?
 Po Jo
29. Keni pasur diarre dhe konstipacion të kombinuar javët apo muajt e fundit?
 Po Jo
30. Keni pasur fryrje të zorrëve (meteorizëm) këto 6 muajt e fundit?
 Po Jo

Pritshmëritë nga interventi

31. Më është sqaruar qartësisht se çfarë do të ndodhë pas histerektomisë.
 Po Jo
32. Kemi folur me mjekun për problemet seksuale pas interventit.
 Po Jo
33. Mendoj se shërimi pas histerektomisë do të jetë i vështirë.
 Po Jo
34. Mendoj se do të kem probleme emocionale pas histerektomisë.
 Po Jo
35. A mendoni se jeta juaj seksuale do ndryshojë për mirë pas interventit?
 Po Jo

Imazhi për veten dhe kënaqësi të përgjithshme

36. Aktualisht ndjem mirë fizikisht
 Po Jo
37. Mendoj se histerektomia do më bëjë të ndjem si një person tjetër
 Po Jo
38. Mendoj se do të jem më aktive se tani, pas shërimit nga histerektomia
 Po Jo
39. Bashkëshorti/partneri im është dakort që unë ta bëj këtë histerektomi
 Po Jo
40. Jam e kënaqur që po bëj këtë histerektomi
 Po Jo
41. Unë do të merrja përsëri vendimin për të kryer këtë histerektomi, nëse gjendja ime do ishte kështu siç është
 Po Jo

Ju lutem, pikëzoni ndjesitë më poshtë, duke rrethuar njërin nga numrat, nga 0 tek 5:

| | Pikëzimi | | | | | |
|--------------------------------------|----------|---|---|---|---|---|
| Ndjesia e mirëqenies së përgjithshme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dhimbja gjatë kontaktit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Thatësia vaginale | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Interesi seksual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eksitimi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Intensiteti i orgazmës | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pagjumësia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ankthi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nervozizmi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.4.2. FORMULARI PAS INTERVENTIT

Emri i pacientes:

Mosha

Histerektomia e kryer në datën

Koha pas interventit - muaj

Merr terapi zëvendësuese hormonale (TZH)

Marrëdhëniet mjek-pacient

42. Mendoj se më është dhënë informacioni i mjaftueshëm për gjendjen time përpara se të vendosim për këtë histerektomi.
 Po Jo
43. Mendoj se u provuan të gjitha alternativat e mundshme përpara se të vendosim për histerektominë.
 Po Jo
44. Mendoj se e kam dhënë mendimin tim aq sa duhet në vendimin për histerektomi.
 Po Jo

Aspekti emocional

45. A e ka përmirësuar kjo histerektomi marrëdhënien tuaj në çift? Dhe nëse po, sa?
 Po Jo Shumë pak Pak Shumë
46. A mendoni se marrëdhënia juaj në çift është përmirësuar nga gjendja juaj më e mirë emocionale?
 Po Jo
47. Pas histerektomisë, kam episode ankthi ose nervozizmi.
 Po Jo
48. Pas histerektomisë, kam herë pas here gjendje të keqe shpirtërore
 Po Jo
49. Pas histerektomisë, kam pagjumësi.
 Po Jo
50. Kam më tepër probleme emocionale pas histerektomisë sesa më ishte thënë nga mjeku.
 Po Jo

Funksioni seksual

51. A e ka përmirësuar kjo histerektomi jetën tuaj seksuale? Dhe nëse po, sa?
 Po Jo Shumë pak Pak Shumë
52. Sa shpesh ndjeni dëshirë seksuale?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
53. A ndjeheni të eksituar seksualisht kur keni kontakt seksual me partnerin tuaj?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
54. A jeni të kënaqur me aktivitetin tuaj seksual pas histerektomisë?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
55. A ndjeni dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
56. Ndjeni thatësi gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
57. A i shmangni marrëdhëniet seksuale për shkak të dhimbjes vaginale?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë
58. A keni orgazëm kur keni marrëdhënie seksuale me partnerin tuaj?
 Gjithmonë Zakonisht Ndonjëherë Rrallë Kurrë

Funksioni urinar

59. A ju kufizon frika nga mosmbajtja e urinës gjatë marrëdhënieve seksuale?
 Po Jo
60. A keni vështirësi gjatë urinimit?
 Po Jo
61. A urinoni shpesh gjatë ditës apo natës?
 Po Jo

Simptomat gastro-intestinale

62. Keni pasur shtrëngime të herëpashershme të zorrëve, (krampe)?
 Po Jo
63. Keni pasur diarre prej më shumë se 2 javësh?
 Po Jo
64. Keni pasur konstipacion prej disa muajsh?
 Po Jo
65. Keni pasur diarre dhe konstipacion të kombinuar javët apo muajt e fundit?
 Po Jo
66. Keni pasur fryrje të zorrëve, (meteorizëm)?
 Po Jo

Reflektime pas interventit

67. Më është sqaruar qartësisht se çfarë do të ndodhte pas histerektomisë.
 Po Jo
68. Mjeku im më ka sqaruar për problemet seksuale që mund të kisha pas interventit.
 Po Jo
69. Mendoj se shërimi pas histerektomisë ishte më i vështirë sesa më ishte thënë nga mjeku.
 Po Jo
70. Nuk jam akoma e sigurtë nëse histerektomia ishte e nevojshme
 Po Jo

Imazhi për veten dhe kënaqësi të përgjithshme

71. Aktualisht ndjehem mirë fizikisht.
 Po Jo
72. Mendoj se histerektomia më ka bërë të ndjehem si një person tjetër.
 Po Jo
73. Mendoj se tani, pas shërimit nga histerektomia, jam më aktive.
 Po Jo
74. Bashkëshorti/partneri im është i kënaqur që unë mora trajtimin e duhur për problemin tim.
 Po Jo
75. Jam e kënaqur që e bëra këtë histerektomi
 Po Jo
76. Unë do merrja përsëri vendimin për ta kryer këtë histerektomi.
 Po Jo

“EFEKTET AFAT-SHKURTRA DHE AFAT-GJATA TË HISTEREKTOMIVE TOTALE”

Ju lutem, vini shenjën X dhe pikëzoni simptomat dhe ndjesitë më poshtë, duke rrethuar njërin nga numrat, nga 0 tek 5 (krahasimi duhet të bëhet me situatën përpara histerektomisë):

| <i>Simptoma dhe ndjesi</i> | <i>Më pak</i> | <i>Njësoj</i> | <i>Më e lartë</i> | <i>Pikëzimi</i> |
|--------------------------------------|---------------|---------------|-------------------|-----------------|
| Ndjësia e mirëqenies së përgjithshme | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Dhimbja gjatë kontaktit | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Thatësira vaginale | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Interesi seksual | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Eksitimi | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Intensiteti i orgazmës | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Pagjumësia | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Ankthi | | | | 0 1 2 3 4 5 |
| Nervozizmi | | | | 0 1 2 3 4 5 |

Në periudhën Janar 2015 - Mars 2016, në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” janë kryer 357 histerektomi abdominale apo vaginale, me ose pa ovaret dhe 108 paciente plotësonin kriteret tona;

Prej këtyre, 29 paciente (26.8%) nuk morën pjesë në intervistë, pasi;

- a) nuk pranuan të intervistohen (çështje etike, fetare etj);
- b) nuk mund të plotësonin pyetësorët e mëvonshëm, për shkak të largësisë dhe problemeve komunikative (mungesë e sinjalit telefonik, mungesë e internetit apo një kompjuteri), apo mungesës së vullnetit;
- c) probleme të partnerit (mungesë e libidos dhe/ose ereksionit)

Nga 79 paciente që pranuan të jenë pjesë e studimit, 9 paciente (11.3%) plotësuan vetëm formularin përpara interventit, dhe nuk arritën të plotësojnë një nga pyetësorët 3 ose 12 muaj pas interventit ose të dy.

Pra, kampioni ynë për studimin, u përbë nga 70 paciente, të cilat dhanë konsensusin për t’u përfshirë në studim dhe plotësuan të tre pyetësorët (para interventit, 3 muaj pas interventit dhe 12 muaj pas interventit).

Instrumenti i përdorur për grumbullimin e të dhënave ishte pyetësori i cili në mënyrë konfidenciale u plotësua gjatë intervistës me subjektet.

Studimi u realizua në dy etapa.

Hapi i parë ishte realizimi i intervistës me pacientet përpara realizimit të histerektomisë, i cili u krye në dhomën e mjekut, në ambjentin e spitalit, ndërsa etapa e dytë konsistoi në ri-intervistimin e po këtyre subjekteve por tashmë tre dhe dymbëdhjetë muaj pas kryerjes së ndërhyrjes kirurgjikale; intervistat e dyta u kryen në ambiente spitalore gjatë vizitës së kontrollit rutinë pas 3 dhe 12 muajsh, ose në disa raste me anë të telefonit apo email-it.

Pra, është realizuar një çiftim identik në dy periudha kohe të ndryshme. Në këtë mënyrë kemi mundur të reduktojmë bias-n tipik të këtij tipi studimi.

2.4.3 Lloji i studimit

Studimi i tipit rast-kontroll i kryer në periudhën Janar 2015 - Mars 2016. Për qëllimin e studimit tonë, vlerësimin e funksionit seksual, urinar dhe gastro-intestinal dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientes pas histerektomisë abdominale, ne përzgjodhëm pacientet e SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, të cilat përmbushnin kriteret tona të përfshirjes. Kemi zgjedhur këtë tip studimi pasi është informativ, ka një kosto relativisht të ulët si dhe përdoret për të studiuar sëmundjet e rralla.

2.4.4. Periudha kohore:

Studimi përfshin intervistimin e pacienteve që kryen histerektomi si dhe analizimin e kartelave përgjatë periudhës kohore, Janar 2015 deri në Mars 2016.

2.4.5 Institucioni ku u krye studimi:

Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”, Tiranë, klinika e Gjinekologjisë; departamenti i Statistikës i këtij spitali.

2.5 Hipotezat:

H0: Nuk ka lidhje statistikore midis funksionit seksual dhe histerektomisë abdominale

H1: Lidhja midis kryerjes së histerektomisë abdominale dhe funksionit seksual të pacienteve është statistikiisht domethënëse.

H0: Nuk ka lidhje statistikore midis mirëqenies së përgjithshme dhe histerektomisë abdominale

H1: Lidhja statistikore midis histerektomisë abdominale dhe mirëqenies së përgjithshmetë pacienteve është e pranishme.

Aprovimi etik është marrë nga SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” në Tiranë dhe nga Departamenti i Gjinekologjisë pranë këtij spitali.

2.6 Miratimi i pacientit

Të gjitha pjesëmarrëset u vunë në dijeni të pyetësorëve që duhej të plotësonin dhe konfidencialitetit të plotë të të dhënave dhe përgjigjeve të tyre.

U bë e qartë pjesëmarrëseve në studim, se pyetësorët do të përmbanin pyetje që do të kishin lidhje edhe me jetën e tyre seksuale; gjithashtu, që përgjigjet e tyre do të përdroreshin vetëm për të ndihmuar mjekët të kuptonin se çfarë ishte e rëndësishme për pacientët në lidhje me shqetësimet fizike dhe jetën e tyre seksuale para dhe pas histerektomisë.

Është marrë miratimi i pacienteve, madje dhe i bashkëshortëve apo partnerëve të tyre për t’u kontaktuar edhe pas intervistës së parë, e cila u krye në ambientet spitalore, me anë të telefonit apo e-mailit, dhe u siguruan që të gjitha informacionet do të ishin plotësisht konfidenciale.

2.7 Mbledhja e të dhënave

Pacienteve të cilat u përzgjedhën për të marrë pjesë në studim, ju dha pyetësori, i cili me anë të 41 pyetjeve të mbyllura vlerësonte marrëdhënien mjek-pacient (8 pyetje), pritshmëritë nga interventi (5 pyetje), imazhin për veten (6 pyetje), aspektin emocional (6 pyetje), si edhe funksionin seksual (8 pyetje), urinar (3 pyetje) dhe gastrointestinal (5 pyetje), para dhe pas interventit.

Të dhënat e grumbulluara nga pacientet përfshinë:

- a. Moshën;
- b. Statusi civil;
- c. Nivelin arsimor;
- d. Vendbanimin;
- e. Pariteti;
- f. Indikacionin për histerektomi;
- g. Sëmundjet ose gjendjet shëndetësore bashkëshoqëruese;
- h. Marrjen ose jo të terapisë zëvendësuese hormonale pas interventit;
- i. Shqetësimet dhe simptomat përpara interventit;
- j. Vlerësimin me referim dhe me pikëzim të disa simptomave urinare dhe gastrointestinale para dhe pas operacionit,
- k. Vlerësimin e marrëdhënies së tyre në çift dhe ndikimin e saj nga aspekte fizike apo emocionale të shkaktuara nga patologjia bazë, si dhe vlerësimin me referim dhe me pikëzim të funksionit seksual para dhe pas interventit;
- l. Shkallën e kënaqësisë në lidhje me jetën seksuale dhe interesin seksual para dhe pas interventit;
- m. Gjithashtu, instrumenti përmbante të dhëna mbi mendimin e tyre për zgjidhjen e problemit me histerektomi, pritshmëritë e tyre për sa i përket operacionit dhe periudhës dhe kohëzgjatjes së shërimit, gjendjes fizike dhe emocionale të pacientes përpara dhe pas ndërhyrjes kirurgjikale, etj.

2.8 Kriteret përfshirëse në studim

Në studimin e kryer u përfshinë paciente të cilat:

1. Ishin midis moshës 39 dhe 49 vjeç;
2. Jetonin në zona urbane dhe në zona të arritshme rurale;
3. Kishin kryer një histerektomi abdominale me ose pa ovalet për indikacione beninje.
4. Kishin një partner seksualisht aktiv.

2.9 Kriteret përjashtuese nga studimi

Midis indikatorëve përjashtues, përmendim:

- Të qenit seksualisht pasive (ose mungesa e një partneri ose partneri është seksualisht pasiv)
- Moshë më e madhe se 49 vjeç
- Nuk mund të plotësonin pyetësorët e mëvonshëm, për shkak të largësisë dhe problemeve komunikative (mungesë e sinjalit telefonik, mungesë e internetit apo një kompjuteri, etj).
- Histerektomitë e kryera për shkaqe onkologjike (karcinoma endometriale, karcinoma cervikale, tumor ovarial etj).

Nuk u morën në studim ato paciente, të cilat pavarësisht se kishin bërë histerektomi abdominale dhe plotësonin kriteret përfshirëse, nuk dhanë konsensusin për të qenë pjesë e investigimit.

2.10 Mangësitë e studimit

Problematika e studimeve rast-kontroll ka të bëjë me mos llogaritjen e incidencës së fenomenit sepse nuk llogaritet frekuenca absolute e sëmundjes.

Gjithashtu në këtë lloj studimi epidemiologjik mund të ndodhin gabime sistematike.

Mangësia tjetër lidhet me vështirësinë e këtij lloj studimi për t'u interpretuar.

2.11 Analiza statistikore

Në analizimin e të dhënave u përdorën programet informatike SPSS V.19 (Statistical Package for Social Sciences, version 19.0, Chicago, IL) dhe EXCEL për paraqitjen grafike të të dhënave. Analiza epidemiologjike u krye në varësi të moshës dhe faktorëve të interesit. Për paraqitjen e frekuencave kemi përdorur bar diagramën dhe grafikët në trajtë torte (pie charts) sepse duam të tregojmë dinamikën e variave që lidhen me kryerjen e histerektomisë dhe është e përshtatshme për vizualizimin e të dhënave kategorike. Për variablat e vazhduar u llogaritën mesataret dhe deviacioni standart.

Ndryshimet në përqindje u analizuan duke përdorur testin chi-square për trendin linear. Në mënyrë që të kontrollohej efekti i variableve të ndryshëm konfondues, u përdorën dy modele të Regresionit Logjistik. Variable konfonduese janë të gjithë ato variable të cilët, në mënyrë direkte apo indirekte, ndikojnë në lidhjen e interesit. Për këtë arsye, fillimisht u paraqitën lidhje bruto midis variableve duke mos marrë në konsideratë efektin konfondues potencial të ndonjë faktori (Modeli 1 në analizat e Regresionit Logjistik). Më pas u kontrollua për efektin e moshës së pacienteve, si faktor potencialisht konfondues i cili duhet të merret në konsideratë dhe të neutralizohet në mënyrë që të kemi një interpretim të saktë të lidhjeve të observuara (Modeli 2 në analizat e Regresionit Logjistik Binar). Në Modelin 2 u kontrollua për një sërë faktorësh të tjerë konfondues, që do të përfaqësojë dhe modelin tonë final, ku rezultatet janë të axhustuar për një sërë faktorësh potencialisht konfondues të përfshirë në studim.

Raporti i Gjasave apo OR, shpreh raportin e gjasave të efekteve intestinale para dhe pas ndërhyrjes përmbi gjasat e diagnozës së histerektomisë. OR është madhësia e forcës së lidhjes: sa më e lartë OR, aq më e fortë është lidhja e vërejtur midis variableve. Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht të përfillshme vlerat e $P < 0.05$. Kjo është edhe marrëveshja ndërkombëtare lidhur me vlerën e P-së, e cila nënkupton se një vlerë e P-së prej 5% ose më pak e përjashton në mënyrë të kënaqshme rolin e shansit si shpjegues së lidhjes statistikore të vërejtur. Krahas vlerave të domethënies statistikore raportohen edhe shkallët e lirisë (df) por vetëm kur variabli i pavaruar ka më shumë se dy kategori.

3. REZULTATET

Rezultatet e mëposhtme janë përftuar nga analiza statistikore e të dhënave të grumbulluara gjatë intervistimit të pacienteve

Mosha mesatare e subjekteve të kampionit tonë prej 70 pacientesh ishte $44,97 \pm 3,42$ vjet dhe mosha maksimale ishte ajo 49 vjeç. Të gjithë pacientet i përkasin gjinisë femërore.

Tabela 2. Shpërndarja e pacienteve sipas moshës

| <i>Mosha</i> | <i>Numri i rasteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|--------------|------------------------|---------------------|
| 39 | 6 | 8,6 % |
| 40 | 6 | 8,6 % |
| 41 | 4 | 5,7 % |
| 43 | 8 | 11,4 % |
| 44 | 4 | 5,7 % |
| 45 | 8 | 11,4 % |
| 46 | 4 | 5,7 % |
| 47 | 8 | 11,4 % |
| 48 | 8 | 11,4 % |
| 49 | 14 | 20,0 % |
| Total | 70 | 100,0 % |

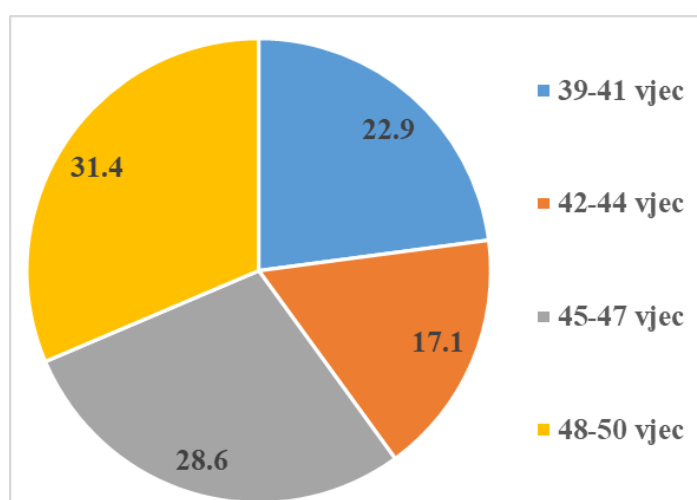


Figura. 1. Shpërndarja e pacienteve të kategorizuara sipas moshës.

Grup – moshë më dominuese është ajo 45-49 vjeç me 60% duke pasuar me grup-moshën 39-44 vjeç me 40 %. Nuk vërehen ndryshime sinjifikative në grupet e përhira në studim sa u përket grup-moshave.

Tabela 3. Shpërndarja e rasteve, sipas vendbanimit

| <i>Vendi i banimit</i> | <i>Numri i rasteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <i>Qytet</i> | 26 | 37,15 |
| <i>Rrethina</i> | 44 | 62,85 |
| <i>Total</i> | 70 | 100,0 % |

Sipas tabelës së mësipërme, shihet se 62, 8 për qind e rasteve jetojnë në fshat ose në rrethina; 37, 2 për qind ose 26 jetojnë në qytet. Shihet se shpërndarja e rasteve, sipas vendit të banimit, nuk është e ndarë në mënyrë të barabartë, raporti është 1, 7. Duke u thelluar në analizë, nuk shohim të ketë diferenca statistishtë domethënëse midis grupmoshave të cilat jetojnë në qytet ose rrethina, vlera P 0,4.

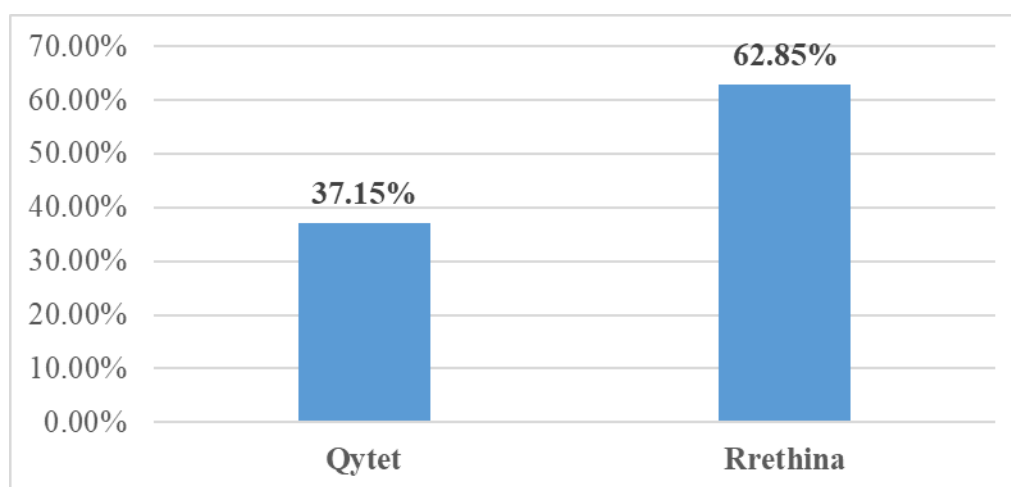


Figura. 2. Shpërndarja e pacienteve të kategorizuara, sipas vendit të banimit

Në grafik janë paraqitur pacientet të ndara si vendit të banimit. Kemi një mbizotërim të qartë të femrave të hospitalizuara të cilat raportojnë të jetojnë në zona rurale apo rrethina (të kategorizuar nga studjuesit me emërtimin fshat), afërsisht me 63%. Ndërsa subjektet të cilat jetojnë në qytet përbejnë 37 % të grupit të studimit.

Tabela 4. Shpërndarja e rasteve, sipas statusit civil

| <i>Statusi Civil</i> | <i>Numri i pacienteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|----------------------|---------------------------|---------------------|
| <i>Te martuara</i> | 62 | 88.5 |
| <i>Me partner</i> | 8 | 11.5 |
| <i>Total</i> | 70 | 100% |

* Të gjitha pacientet e përfshira në studimi ishin të martuara ose seksualisht aktive

Në tabelën e mësipërme janë paraqitur pacientet të ndara sipas statusit civil. Pacientet e martuara kanë shpërndarjen më të madhe me 88%.

Tabela 5. Shpërndarja e rasteve, sipas nivelit arsimor

| <i>Niveli Arsimi</i> | <i>Numri i pacienteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|---------------------------------|---------------------------|---------------------|
| <i>Arsimi i ulët (9-vjecar)</i> | 5 | 7.15 % |
| <i>Arsim i mesëm</i> | 47 | 67.15 % |
| <i>Arsim i lartë</i> | 18 | 25.7 % |
| <i>Total</i> | 70 | 100% |

Sipas tabelës së mësipërme, shihet se vazhdojnë të ketë paciente me arsim 9-vjecar edhe pse kjo përqindje është relativisht e ulët. Rreth 67 për qind e rasteve i përkasin arsimit të mesëm; Afro 26 për qind e rasteve i përkasin arsimit të lartë. Nuk vërehen ndryshime sinjifikative në grupet e përfshira në studim sa u përket nivelit arsimor, vlera P është 0,2.

Tabela 6. Shpërndarja e rasteve, sipas paritetit

| <i>Pariteti</i> | <i>Numri i pacienteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|--------------------|---------------------------|---------------------|
| <i>Zero lindje</i> | 2 | 2.9 |
| <i>Një lindje</i> | 15 | 21.4 |
| <i>Dy lindje</i> | 41 | 58.5 |
| <i>Tre lindje</i> | 12 | 17.2 |
| <i>Total</i> | 70 | 100% |

Të gjitha pacientet e përzgjedhura në studim ishin seksualisht aktive, nga të cilat, 68 prej tyre kishin, të paktën, një fëmijë dhe pariteti maksimal ishte tre lindje. Rastet me dy lindje përbëjnë grupin me shpërdarjen më të madhe në popullatën tonë me 58 përqind. Kjo shifër është në përputhje me statistikat e publikuara në Republikën e Shqipërisë.

Sipas të dhënave të grumbulluara, grup-mosha me paritetin më të madh është 42 deri në 44 vjec me tre lindje, por nuk vërehet të ketë ndryshime domethënëse nga ana statistikore midis paritetit dhe grupmoshës. Vlera P është 0,702

Tabela 7. Shpërndarja e rasteve, sipas indikacionit për histerektominë

| <i>Shkak primar/sekondar i histerektomisë</i> | <i>Numri i pacienteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|---|---------------------------|---------------------|
| <i>Hemorragji anormale uterine</i> | 21 | 30 % |
| <i>Dhimbja pelvike</i> | 34 | 48.5 % |
| <i>Fibromioma uteri</i> | 47 | 67.2 % |
| <i>Prolaps uterin parcial</i> | 2 | 2,85 % |

Kemi një mbizotërim të fibromioma uteri si shkaktar të histerektomisë. Nga 47 pacientet, të cilat kishin si indikacion primar fibromioma uteri dhe 21 prej tyre që kishin si indikacion meno-metrorragjinë dhe/ose aneminë, në 48.5% të rasteve këto indikacione shoqëroheshin edhe me dhimbjen pelvike, e referuar në shumicën e rasteve si dhimbje rënduese, e vazhdueshme dhe që shtohet gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale.

Tabela 8. Sëmundje ose gjendje shëndetësore bashkëshoqëruese

| Sëmundje bashkëshoqëruese | Frekuenca | Përqindja |
|---------------------------|-----------|-----------|
| Diabet i tipit II | 2 | 2,85 |
| HTA | 6 | 8,57 |
| Astma bronkiale | 1 | 1,42 |

Pra, siç shikohet, kemi një frekuencë mjaft të ulët të sëmundjeve ose gjendjeve shëndetësore bashkëshoqëruese, kjo për shkak edhe të moshës relativisht të re të pacienteve tona.

Tabela 9. Shpërndarja e rasteve sipas llojit të histerektomisë

| <i>Variabli</i> | <i>Numri i rasteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|--------------------------------|------------------------|---------------------|
| <i>Histerektomi abdominale</i> | 68 | 97,1 |
| <i>Histerektomi vaginale</i> | 2 | 2,9 |
| <i>Total</i> | 70 | 100% |

Shumica e histerektomive në studimin tonë ishin abdominale (68 raste) dhe vetëm në dy raste është kryer histerektomia vaginale; në të dyja këto raste si indikacion primar ishte prolaps uteri. Kjo për arsye se pjesëmarrëset në studimin tonë, sic e kemi përmendur, ishin gra me moshë relativisht të re.

Tabela 10. Shpërndarja e rasteve sipas tipit të histerektomisë

| <i>Variabli</i> | <i>Numri i rasteve</i> | <i>Në përqindje</i> |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| <i>Histerektomi totale</i> | 69 | 98,5 |
| <i>Histerektomi subtotale</i> | 1 | 1,5 |

69 prej tyre ishin histerektomi totale, dhe vetëm njëra ishte supracervikale (subtotale), me ruajtje të cerviksit.

Në 38 raste u hoqën të dyja ovarët gjatë interventit, ndërsa në 32 prej tyre u ruajt të paktën një vezore.

Tabela 11. Simptomat kryesore të pacienteve që kryen histerektomi

| <i>Variabli</i> | <i>Frekuenca</i> | <i>Përqindja</i> |
|--------------------------------|------------------|------------------|
| <i>Meno-metrorragji</i> | 62 | 88.5 % |
| <i>Anemi e formës së lehtë</i> | 51 | 72.8 % |
| <i>Anemi e formës së rëndë</i> | 9 | 12.8 % |
| <i>Shqetësime urinare</i> | 21 | 30 % |

Hemorragjia anormale në formën e meno-metrorragjisë ishte prezente në shumicën dërrmuese të pacienteve, në 62 prej tyre. Anemia e formës së lehtë apo e moderuar ishte shoqëruese në 51 prej rasteve, ndërsa u raportua anemia e formës së rëndë në nëntë paciente.

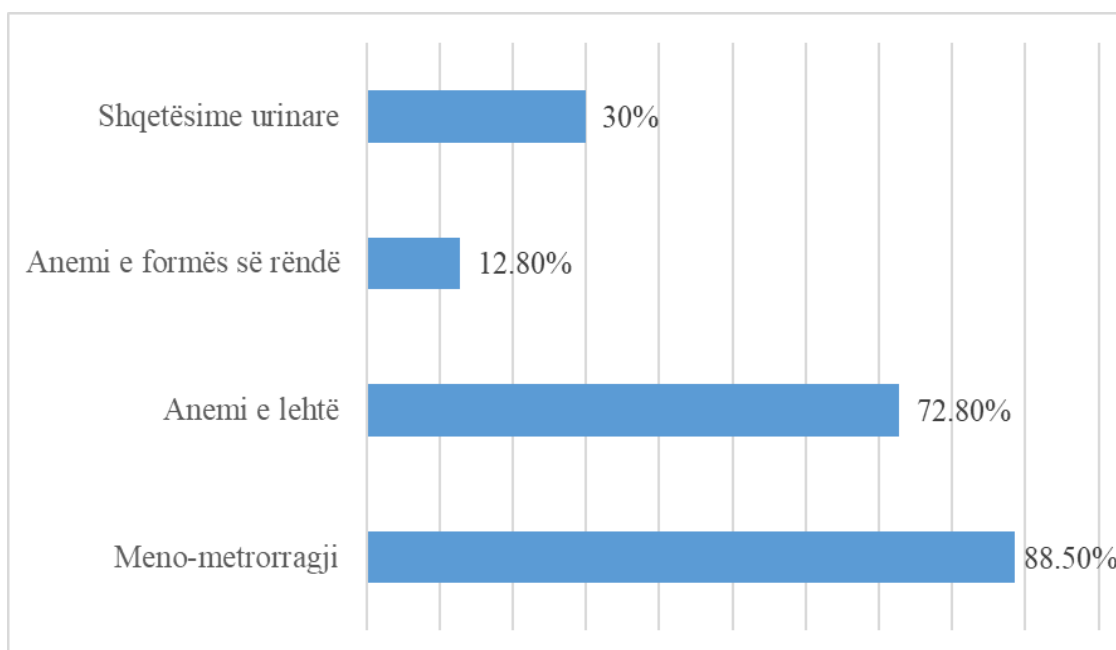


Figura. 3. Përqindja e shqetësimeve kryesore të pacienteve që kryen histerektomi.

Në grafikun e paraqitur më sipër janë simptomat dhe shqetësimet kryesore të raportuara nga pacientet; meno-metrorragjia ka shpërndarjen më të madhe me 88%. Shqetësimet urinare ishin një prej simptomave shoqëruese në 21 prej pacienteve dhe që referoheshin, kryesisht si dizuri, poliuri apo inkontinencë urinare.

A. Efektet mbi funksioni urinar

Histerektomia si intervent, përfshin disekimin e vezikës nga uterusit, dhe dihet që ky proces është më i gjerë në histerektominë totale sesa atë subtotalë. Kështuqë, sidomos pas histerektomisë totale, patjetër që pritet të ketë edhe efekte mbi funksionin urinar.

Tabela 12. Shpërndarja e rasteve të pacienteve sipas funksionit urinar para dhe pas kryerjes së interventit

| Variabli | Para | 3 muaj pas | 12 muaj pas | |
|-----------------------------|-----------|------------|-------------|--|
| Poliuri | 7 (10 %) | 7 (10 %) | 16 (22.8 %) | Hi ² 14.139 OR 15.174 df 4 P 0.007 |
| Inkontinencë urinare | 4 (5.7 %) | Asnjë | 1 (1.4 %) | Hi ² 0.248 OR 0.246 df 2 |

“EFEKTET AFAT-SHKURTRA DHE AFAT-GJATA TË HISTEREKTOMIVE TOTALE”

| | | | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|--|
| | | | | P 0.883 |
| <i>Disuri</i> | 10 (14.2 %) | 23 (32.8 %) | 20 (28.5 %) | Hi ² 1.434 OR 1.4 df 2 P 0.488 |

* Përqindja në kllapa

Siç shikohet edhe më lart, pas një viti, rastet me disfunsione urinare të formave të ndryshme pësojnë një rritje me 22.8 %; por ndërkohë vërehet një ulje e rasteve me inkontinencë urinare. Kjo e fundit me siguri i atribuohet moshës relativisht të re të pacienteve të studimit tonë (nën 50 vjeç) si edhe rasteve të pakta me prolapsim të uterusit, por edhe korigjimit kirurgjikal të këtij problemi gjatë histerektomisë.

Nga 17 raste me poliuri apo disuri, vetëm 5 raste paraqitën të njëjtat simptoma pas 12 muajsh; 31 raste të reja paraqitën poliuri apo disuri pas interventit. Duke iu referuar të dhënave të grumbulluara, grup-mosha më e prekur është ajo mbi 45 vjeç.

Vetëm për poliurinë ndryshimet janë statistikisht domethënëse, pasi për disurinë vlera P është 0.488, pra më e madhe se 0, 05. Raporti gjasave OR i paraqitur më sipër tregon se lidhja e observuar midis poliurisë dhe histerektomisë është e fortë, mund të shtojmë se me kalimin e kohës pas kryerjes së histerektomisë risku për të zhvilluar fenomene të poliurisë rritet.

B. Efektet mbi funksionin intestinal

Disfunzioni gastro-intestinal është një fenomen shumë i përhapur në popullatën e përgjithshme femërore dhe është veçanërisht i zakonshëm midis grave me simptoma gjinekologjike.

Tabela 13. Shpërndarja e rasteve të pacienteve me simptomave intestinale para dhe pas kryerjes së interventit

| <i>Variabli</i> | <i>Para</i> | <i>3 muaj pas</i> | <i>12 muaj pas</i> | |
|----------------------------|-------------|-------------------|--------------------|---|
| <i>Krampe abdominale</i> | 19 (27%) | 21 (30%) | 29 (42%) | Hi ² 6.731 OR 7.432; df 12 P 0.875 |
| <i>Diarre kronike</i> | 2 (1.4%) | 3 (4%) | 4 (6%) | Hi ² 1.333 OR 1.726; df 2 P .0513 |
| <i>Konstipacion kronik</i> | 7 (4.9 %) | 10 (14%) | 23 (33%) | Hi ² 10.45 OR 11.9 df 9 |

| | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|--|
| | | | | P 0.315 |
| <i>Diarre / konstipacion intermitten</i> | 5 (3.5 %) | 12 (17 %) | 12 (17%) | Hi ² 24 OR 24.67;df 6 P 0,000 |
| <i>Meteorizëm</i> | 21 (30 %) | 45 (64 %) | 30 (43 %) | Hi ² 59 OR 49.12; df 20 P 0,000 |
| <i>Inkontinencë anale</i> | Asnjë | Asnjë | Asnjë | |

**Përqindja në kllapa*

Kështu, rezultatet e këtij studimi tregojnë se megjithëse vërehet një incidencë e konsiderueshme e simptomave të ndryshme digjестive në pacientet me indikacione për histerektomi përpara interventit, ka një incidencë më të rritur të simptomave të Sindromës së Zorrës së Irrituar (SZI) dhe të krampeve abdominale, të cilat zhvillohen brenda 12 muajsh pas histerektomisë. Duke iu referuar të dhënave të grumbulluara, grup-mosha më e prekur është ajo mbi 45 vjec.

Ndryshimet midis periudhave për të gjitha variablat e interesit janë të dukshme, por vlera statistikisht domethënëse shohim nga tabela e mësipërme të kemi për diarrenë dhe/ose konstipacionin intermitten si dhe tek prania e meteorizmit, vlera P nën 0, 05. Me gjasa mund të themi se tendenca për të pasur meteorizëm rritet 3 muajt e parë pas ndërhyrjes kirurgjikale. E njëjta dukuri shfaqet edhe për simptomën e diarresë dhe/ose konstipacion intermitten, OR 24. Krampet abdominale kanë tendencë të rriten pas interventit (OR 7), por nuk mund t’i vlerësojmë si statistikisht domethënëse ndryshimet midis periudhave para dhe pas.

C. Efektet mbi jetën seksuale.

Do të analizojmë disa nga indikatorët mbi jetën seksuale për të zbuluar më shumë mbi shëndetin e pacienteve para dhe pas kryerjes së histerektomisë (3 dhe 12 muaj më pas). Çështja nëse histerektomia ndikon mbi funksionin seksual është pafundësisht komplekse, duke qenë se si faktorët fizikë dhe ata psikologjikë kanë të dy ndikime të ndryshme dhe shpeshherë mjaft të vështira për t’u matur në seksualitetin femëror. Në këtë studim, ne jemi munduar të kuptojmë më tepër mbi këtë aspekt, duke ndërthurur në pyetësor edhe elementin psikologjik.

Dhimbja gjatë kontaktit (dispareunia)

Tabela 14. Shpërndarja e rasteve për dispareuninë para dhe pas kryerjes së interventit

| <i>Variabli</i> | <i>Para</i> | <i>3 muaj pas</i> | <i>12 muaj pas</i> | |
|-------------------------|-------------|-------------------|--------------------|--|
| 4 deri në 5 pikë | 48.5 % (34) | 11,4 % (8) | Asnjë | Hi ² 31.147 OR 30.8 df 6 P 0,001 |
| Tre pikë | 14.2 % (10) | 35.7 % (25) | 21.4 % (15) | Hi ² 16.04 OR 19.51 df 6 P 0.014 |
| 1 deri në 2 pikë | 12.8 % (9) | 52.8 % (37) | 28.5 % 20) | Hi ² 17.654 OR 21.3 df 6 P 0.007 |
| Zero pikë | 24,3% (17) | Asnjë | 50% (35) | Hi ² 62.34 OR 69.4 Df 6 P .000 |

* *Frekuenca në kllapa*

Kur krahasojmë shpërndarjen e frekuencës së dispareunisë midis dy periudhave shohim të kemi diferenca. Pra, para kryerjes së histerektomisë, 62.7 % e pacienteve kishin dhimbje gjatë apo pas kontaktit seksual të vlerësuara nga pacientet nga 2-5 pikë (këtu duhet theksuar se 14 nga pacientet ishin trajtuar të paktën një herë gjatë vitit të fundit për Sindrom Inflamator Pelvik kronik); ndërsa 3 muaj pas kryerjes së interventit kjo përqindje është reduktuar në 47.1%. Trendi ka pësuar rënie me 16.5%.

Ulja më e theksuar u vërejt në grupin e grave që raportnin dhimbje të forta (nga 4-5 pikë); nga 48.5 %, 3 muaj pas interventit kjo përqindje zbriti në 11.4 %, dhe 12 muaj pas interventit asnjë paciente nuk referonte dhimbje të forta që ti vlerësonte me 4 deri 5 pikë. Rastet që raportuan aspak dhimbje, janë shtuar me gati 26 % pas interventit. Nga 35 rastet me dispareuni të moderuar (1-3 pikë) 12 muaj pas interventit, 7 prej tyre ishin raste të reja, pra të cilat nuk kishin pasur dispareuni përpara interventit; pra në 10% të rasteve dispareunia u zhvillua si pasojë e interventit.

Por, megjithëse, dhimbja gjatë kontaktit, referohet nga pacientët si e përmirësuar pas interventit, përsëri ajo mbetet një pengesë e rëndësishme për rreth 50% të pacienteve, edhe pse e formës së lehtë apo të moderuar.

Gjithashtu, u vu re një korelacion midis pacienteve që paraqisnin ankth dhe gjendje të keqe shpirtërore (të pikëzuar me 3-5 pikë) përpara histerektomisë dhe dispareunisë pas interventit në gati 40% të pacienteve.

Në të gjitha rastet (sipas tabelët së mësipërme) ndryshimet midis tre periudhave të studimit janë statistikisht të përfillshme, vlera P nën 0.05. Raporti i gjasava dukshëm flet për një lidhje të fortë midis dispareunisë dhe histerektomisë.

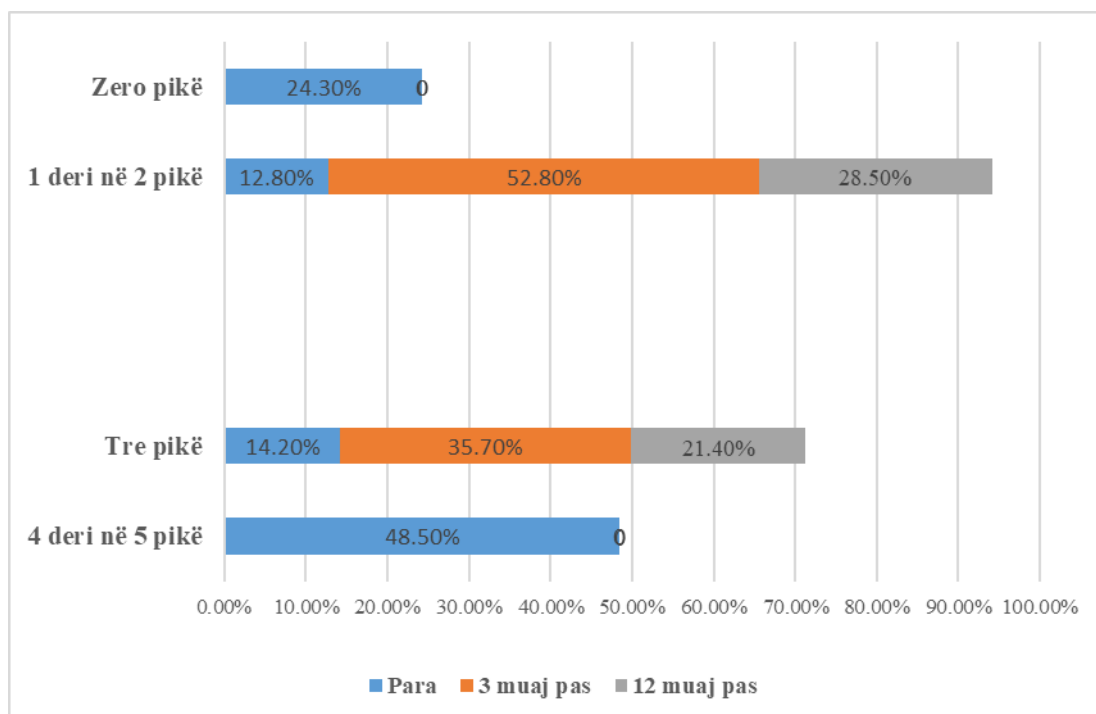


Figura. 4. Paraqitja e ndryshimeve të përqindjes së dhimbjes gjatë kontaktit (dispareunisë) -para dhe pas histerektomisë

Thatësia vaginale

Thatësia vaginale mund të jetë një nga simptomat e periudhës së peri-menopauzës, dhe duke qenë se shumica e pacienteve të studimit tonë ishin mbi 45 vjec, ishte e pritshme ta kishim prezent edhe përpara histerektomisë.

Tabela 15. Shpërndarja e frekuencës së thatësisë vaginale para dhe pas kryerjes së interventit në përqindje

| <i>Variabli</i> | <i>Para</i> | <i>3 muaj Pas</i> | <i>12 muaj Pas</i> | |
|-------------------------|--------------|-------------------|--------------------|--|
| 4 deri në 5 pikë | 15.7% (11) | 48,5 % (34) | 17,1 % (12) | Hi ² 5.829 OR 5 df 3 P 0.120 |
| 3 pikë | 11,4% (8) | 45,7 % (32) | 18,5 % (13) | Hi ² 7.560 OR 5 df 2 P 0.023 |
| 1 deri në 2 pikë | 25.7 % (18) | 5,7% (4) | 41,4 % (29) | Hi ² 14.106 OR 16.191 df 6 P 0.028 |
| Zero pikë | 47.14 % (33) | Asnjë | 22,8 (16) | Hi ² 7,5 OR 5 df 6 P 0,023 |

* *Frekuenca në kllapa*

Kur krahasojmë shpërndarjen e frekuencën e thatësisë vaginale midis dy periudhave shohim të kemi sërishit diferenca. 52.8 % e pacienteve ankoheshin për thatësi vaginale para histerektomisë. Ndërsa 3 muaj pas kryerjes së interventit kjo përqindje shkon në 100 %; nga këto 94.2 % me 3 deri 5 pikë. 12 muaj pas interventit përqindja e pacienteve që ankoheshin për thatësi vaginale ishte 77.1 %; nga këto vetëm 35.7 % me 3 deri 5 pikë. Pas 12 muajsh kemi 24.3 % më tepër paciente që referojnë thatësi vaginale. ***Të gjitha pacientet që referuan thatësi vaginale 3 deri 5 pikë, ishin në grupin e pacienteve pa TZH.***

Rreth një vit pas kryerjes së interventit, ka gjasa që thatësia vaginale të rritet, ndryshimet nuk janë statistikisht domethënëse vetëm për pikëzimin mbi 4 pasi vlera e p-së është nën 0,05.

Interesi seksual

Tabela 16. Frekuenca e interesit seksual të rasteve të përfshira në studim

| <i>Variabli</i> | Interesi seksual | | | |
|-------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|--|
| | <i>Para</i> | <i>3 muaj pas</i> | <i>12 muaj pas</i> | |
| 4 - 5 pikë | 8 (11.4%) | 18 (25.7%) | 38 (54.2%) | P 0,00 CI 95% [9.80435, 36.86165] |
| 3 pikë | 20 (28,6 %) | 40 (57.1%) | 32 (45.7%) | |
| 1 - 2 pikë | 32 (45.7%) | 12 (17.1%) | 0 | |

Interesi seksual është një variabël i vetëraportuar nga pacientet e përfshira në studim, dhe para kryerjes së ndërhyrjes, ishte relativisht i ulët. Edhe pse 11 për qind të rasteve e pikëzuan variablin e interesit seksual me pikët maksimale, nuk mund të themi se diferencat për sa i përket këtij variabli, nuk janë të pranishme në të tre periudhat, para dhe 3 e 12 muaj pas histerektomisë. Duke iu referuar të dhënave të raportuara nga tabela e mësipërme, shohim trend rritës. Ekziston një lidhje statistikisht domethënëse (P 0.00).

Eksitimi

Tabela 17. Shpërndarja e nivelit të eksitimit para dhe pas interventit

| <i>Pikëzimi</i> | Niveli i eksitimit | | | |
|-------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|---|
| | <i>Para</i> | <i>3 muaj pas</i> | <i>12 muaj pas</i> | |
| 4 - 5 pikë | Asnjë | 11 (15.7%) | 31 (45,7 %) | P 0,00 CI 95% [11.21214, 35.45386] |
| 3 pikë | 28 (40,0 %) | 20 (28.5%) | 28 (40,0 %) | |
| 1 - 2 pikë | 32 (45.7%) | 31 (44.2%) | 10 (14,3 %) | |
| 0 pikë | 10 (14.2%) | 8 (11.4%) | Asnjë | |

Për periudhën para realizimit të ndërhyrjes shohim se përqindjen më të madhe e zënë pacientet që e pikëzojnë nivelin e eksitimit me një ose maksimumi dy pikë. Por në periudhën pas histerektomisë janë vetëm 14% e rasteve që nivelin e eksitimit e pikëzojnë me një ose dy pikë.

Pas kryerjes së histerektomisë rastet që raportojnë një nivel të lartë (4 deri në 5 pikë) eksitimi janë 45,7% krahasuar me periudhën para operacionit ku kjo përqindje ishte zero.

Pjesa më e madhe e pacienteve raportuan se pritshmëritë e tyre ishin më të ulëta përpara interventit, përse i përket jetës së tyre seksuale.

Pra, përpara interventit vetëm 14% ishin relativisht të kënaqura me jetën e tyre seksuale dhe pas interventit 81% e subjekteve ishin të kënaqura me marrëdhënien e tyre seksuale. Shohim se ekziston diferencë statistikisht domethënëse (P 0.00) për popullatën tonë.

C.1. Intensiteti i orgazmës

Tabela 18. Shpërndarja e intensitetit të orgazmës para dhe pas kryerjes së interventit

| <i>Pikëzimi</i> | <i>Intensiteti i orgazmës</i> | | | P 0,00 CI 95% [8.41, 37.59] |
|-------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| | <i>Para</i> | <i>3 muaj pas</i> | <i>12 muaj pas</i> | |
| <i>4 - 5 pikë</i> | 8 (11.4%) | 30 (42.8%) | 23 (32.8%) | |
| <i>3 pikë</i> | 32 (45.7%) | 17 (24.2%) | 18 (25.7%) | |
| <i>1 - 2 pikë</i> | 28 (40%) | 21 (30%) | 22 (31.4%) | |
| <i>Zero pikë</i> | 2 (2.8%) | 2 (2.8%) | 7 (10%) | |

Pra, mesa kuptohet nga tabela më sipër, 12 muaj pas interventit janë rritur në mënyrë të ndjeshme rastet që e pikëzojnë intensitetin e orgazmës si të lartë (4-5 pikë), por gjithashtu janë rritur edhe rastet të cilat kanë mungesë totale të orgazmës, dhe që e pikëzojnë atë me zero pikë. Duhet theksuar se **nga 29 pacientet që referuan mungesë totale ose intensitet të ulët të orgazmave 12 muajsh pas interventit, 18 prej tyre (pra 60%) ishin paciente të cilat kishin bërë ooforektomi bilaterale dhe nuk kishin marrë terapi zëvendësuese hormonale (TZH); dhe 21 prej tyre (70%) ishin në grupmoshën 45-49 vjeç.** Edhe në këte rast, ekziston një lidhje statistikisht domethënëse (P 0.00).

D. Aspekti emocional

Analizojmë disa nga indikatorët e aspektit emocional për të hetuar më gjerë mbi jetën dhe mirëqenien e përgjithshme të pacienteve pas kryerjes së histerektomisë abdominale. Gjithashtu jeta në çift dhe jeta seksuale shpesh janë të ndërlidhura me shëndetin mendor dhe anën emocionale të grave, prandaj jemi munduar të studiojmë këtë lidhje, por duke e krahasuar me periudhën para dhe pas interventit.

Kur pacientet u pyetën a kanë patur të paktën një nga këto simptoma si: ankth, gjendje jo e mirë shpirtërore, nervozizëm, pagjumësi, pjesa më e madhe e tyre iu përgjigjen pozitivisht kësaj pyetje.

D.1 Gjendje jo e mirë shpirtërore

Kur pacientet u pyetën nëse “kishin patur gjendje jo të mirë shpirtërore këto 6 muajt e fundit dhe nëse “kanë pasur problem në marrëdhënien në çift për shkak të kësaj gjendje”, 59 prej tyre (84.2%) e pohuan që kishin patur gjendje jo të mirë shpirtërore këto 6 muajt e fundit, dhe 48 prej tyre (68.5%) e lidhnin këtë gjendje të tyre me problemet në çift.

Tabela 19. Shpërndarja e rasteve sipas gjendjes emocionale -para dhe pas kryerjes së interventit

| Variabli | Gjendje jo e mirë shpirtërore | | | P 0,2 CI 95% [1.9423, 44.7237] |
|-------------------------|-------------------------------|-------------|-------------|--------------------------------------|
| | Para | 3 muaj Pas | 12 muaj Pas | |
| 4 deri në 5 pikë | 44 (62.8%) | 20 (28,6 %) | 14 (20%) | |
| Tre pikë | 6 (8,6%) | 2 (2,9 %) | 7 (10.%) | |
| 1 deri në 2 pikë | 9 (12,8%) | 33 (47,1 %) | 24 (34.2%) | |
| Zero pikë | 11 (15.7%) | 15 (21.4) | 25 (35.7%) | |
| Total | 70 | 70 | 100,0 | |

Sipas tabelës së mësipërme, shihet se numri i pacienteve që kanë referuar, të paktën, një herë gjendje jo të mirë emocionale nga 3 deri në 5 pikë përpara histerektomisë, është tepër i lartë. Por pas kryerjes së interventit, dukshëm vihet re trend zbritës i pacienteve të cilat vetë-raportojnë gjendjen emocionale si jo të mirë; proporcioni i këtyre rasteve është 20 %. Në vijim mund të konkludohet se gjendja emocionale jo e mirë ka pësuar rënie, krahasuar me periudhën përpara interventit.

Nuk ka lidhje statistikisht domethënëse sa i përket gjendjes emocionale midis dy periudhave për dy grupet, vlera e P 0,2.

D.2 Pagjumësia

Pagjumësia është një simptom shoqërues i shpeshtë tek pacientet të cilat do i nënshtrohen një interventi, apo që kanë hemorragji ose dhimbje pelvike përpara se të vendoset për intervent. Mungesa e gjumit është madje edhe një faktor rëndues i simptomave të tilla si lodhja, ankthi apo nervozizmi që shpesh shoqërojnë këto situata.

Në pacientet e studimit tonë, pagjumësia u referua në 100 % të rasteve të pyetura përpara interventit, dhe u vu re një përmirësim i ndjeshëm 3 muaj dhe sidomos 12 muaj pas interventit. Gati 40% a pacienteve që referonin ulje të pagjumësisë 12 muaj pas interventit, merrnin terapi zëvendësuese hormonale (TZH); pra TZH është patjetër një faktor ndihmës në zbutjen e simptomave të perimenopauzës ose menopauzës, dhe në rastin konkret të pagjumësisë.

Tabela 20. Shpërndarja e pagjumësisë -para dhe pas kryerjes së interventit

| <i>Pikëzimi</i> | <i>Pagjumësia</i> | | | P 0,126 CI 95% [2.62363 - 44.04237] |
|-------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---|
| | <i>Para</i> | <i>3 muaj pas</i> | <i>12 muaj pas</i> | |
| 4 deri në 5 pikë | 45 (64.2%) | 30 (42.8%) | 20 (28,5%) | |
| Tre pike | 8 (11,4%) | 6 (8.5%) | 2 (2,9%) | |
| 1 deri në 2 pikë | 12 (17.1%) | 20 (28.5%) | 28 (40%) | |
| Zero pike | 5 (7.1%) | 14 (20%) | 20 (28.5%) | |

*Përqindja në kllapa

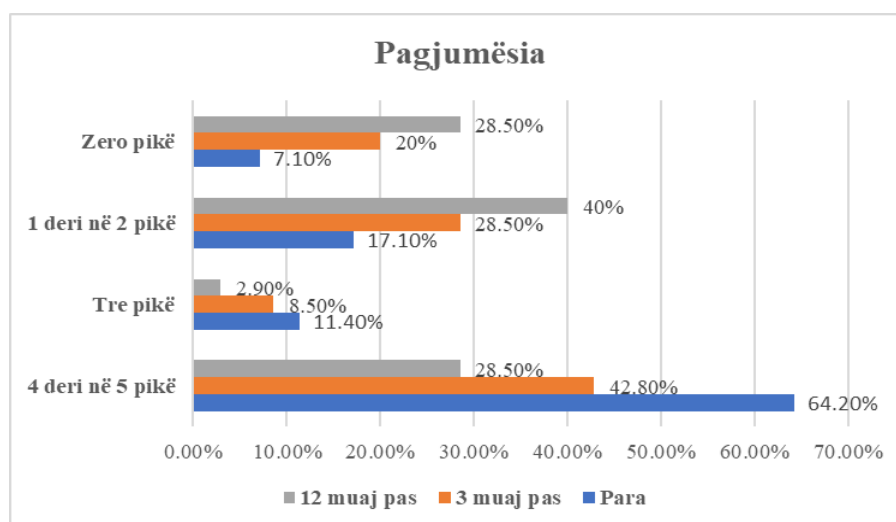


Figura. 5. Shpërndarja e frekuencës së pagjumësisë -para dhe pas kryerjes së interventit

Shihet mirëfilli se pothuajse të gjitha pacientet e përfshira në studim, kanë referuar pagjumësinë si simptom, përpara interventit. Proporcioni i rasteve që referojnë pagjumësinë me pikëzime mbi tre pikë pas interventit, është afërsisht 31 %, pra kemi një përmirësim të dukshëm klinikisht, por konkludojmë se nuk ka një lidhje statistikisht domethënëse pasi vlera e probabilitetit rezulton të jetë 0,126.

D.3 Ankthi dhe nervozizmi

Tabela 21. Shpërndarja e episodeve të ankthit dhe nervozizmit para dhe pas kryerjes së histerektomisë

| <i>Pikëzimi</i> | <i>Episode ankthi dhe nervozizmi</i> | | | P 0,175 CI 95% [5.60883 - 41.05717] |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------------------|---|
| | <i>Para</i> | <i>3 muaj pas</i> | <i>12 muaj pas</i> | |
| <i>4 deri në 5 pikë</i> | 54(77, 1 %) | 31 (44.2%) | 10 (14, 3 %) | |
| <i>Tre pikë</i> | 16 (22, 9 %) | 20 (28.5%) | 12 (17, 1 %) | |
| <i>1 deri në 2 pikë</i> | Asnjë | 19 (27.1%) | 48 (68, 6 %) | |
| <i>Zero pikë</i> | Asnjë | Asnjë | Asnjë | |

Ankthi dhe nervozizmi (janë grupuar bashkë, pasi në të gjitha formularët gratë që referonin ankth, referonin dhe nervozizëm, dhe pikëzimi ishte i njëjlojtë), janë relativisht të pranishme tek grupi i studimit, dukuri që vihet re nga tabela e mësipërme, 77 për qind e grave raportojnë episode të shpeshta ankthi. Pas realizimit të interventit dhe rehabilitimit pas histerektomisë shohim se episodet e ankthit janë reduktuar dhe pacientet e pikëzojnë me pikë minimale këtë problem shëndetësor.

Nuk ka të dhëna statistikisht domethënëse sa i përket episodeve të ankthit dhe problemeve me nervozizmin midis dy periudhave, vlera e probabilitetit rezulton të jetë 0,175.

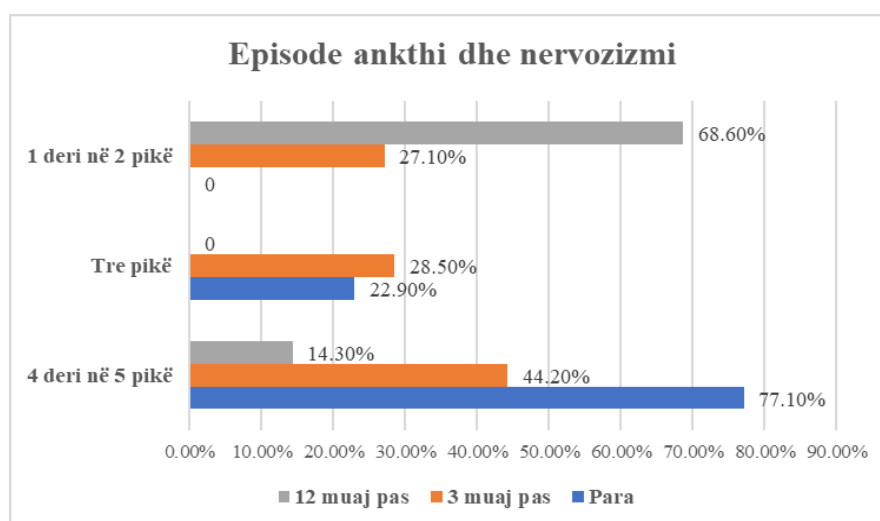


Figura. 6. Shpërndarja e frekuencës së ankthit dhe nervozizmit -para dhe pas kryerjes së interventit

D.4 Mirëqenia e përgjithshme

Tabela 21. Frekuenca e ndjesisë së mirëqenies së përgjithshme -para dhe pas kryerjes së histerektomisë

| Variabli | Ndjesia e mirëqenies së përgjithshme | | | P 0,001 CI 95% [7.0549 - 39.611]. |
|------------|--------------------------------------|------------|-------------|--------------------------------------|
| | Para | 3 muaj pas | 12 muaj pas | |
| 4 - 5 pikë | 0 | 16 | 48 | |
| 3 pikë | 22 | 29 | 12 | |
| 1 - 2 pikë | 48 | 18 | 10 | |
| 0 pikë | 0 | 7 | 0 | |

Duke iu referuar të dhënave të raportuara nga tabela e mësipërme, rezultoi se ndjesia e shëndetit të përgjithshëm shfaqet dukshëm më e përmirësuar (me 4 deri 5 pikë) në afërsisht 69% të pacienteve -pas kryerjes së interventit. Gjithashtu në tabelë shohim të kemi diferenca statistikisht domethënëse për të tre periudhat e studimit.

E. Niveli i marrëdhënies mjek-pacient

Analizojmë disa nga indikatorët mbi mirëkuptimin dhe ndjeshmërinë e mjekut kirurg gjinekolog dhe lidhjen mjek-pacient; gjithashtu analizojmë informimin e pacienteve mbi interventin (histerektomisë abdominale ose vaginale) dhe shkallën e kënaqësisë që ka marrë pacientja nga mënyra si është trajtuar problemi i saj shëndetësor.

Tabela 22. Shpërndarja e frekuencës së variablave mbi dhënien e informacionit nga mjeku për periudhën para histerektomisë

| <i>Variabli</i> | <i>Po</i> | | <i>Jo</i> | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|
| | <i>Frekuenca</i> | <i>Përqindja</i> | <i>Frekuenca</i> | <i>Përqindja</i> | |
| Mjeku im më kuptonte se si ndjehesha unë për këtë histerektomi | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 | P 0.013 |
| Kemi folur me mjekun për problemet seksuale pas interventit | 22 | 31,4 | 48 | 68,6 | CI 95% |
| Më është sqaruar qartësisht se çfarë do të ndodhë pas histerektomisë | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 | [13.38191, 33.28409] |
| A mendoni se jeta juaj seksuale do ndryshojë për mirë pas interventit? | 32 | 45,7 | 38 | 54,3 | |
| Mendoj se shërimi pas histerektomisë do të jetë i vështirë | 21 | 30,0 | 49 | 70,0 | |
| Mendoj se do të kem probleme emocionale pas histerektomisë. | 20 | 28,5 | 50 | 71,0 | |

Nga tabela e mësipërme, shihet se rreth 54% e rasteve raportuan se mjeku i cili kishte kryer procedurën e histerektomisë, shfaqte empati ndaj tyre dhe kuptonte shqetësimet dhe gjendjen e pacientes para ndërhyrjes, duke e mirëkuptuar atë. Megjithëse 54 % e rasteve pohojnë se janë sqaruar sa duhet nga mjeku për periudhën post histerektomi, pra raportojnë të kenë marrë informacion të qartë mbi atë se çfarë pritet të përjetojnë sidomos në periudhën pas histerektomisë, 68 % e pacienteve pranojnë se nuk kanë folur me mjekun për problemet seksuale që mund të kishte pacientja pas histerektomisë, dhe në këtë mënyrë pacientja ka mbetur e pasqaruar për një topikë mjaft të rëndësishme për jetën e saj dhe që ka ndikim të drejtpërdrejtë në marrëdhënien në çift.

45% e pacienteve mendonin se jeta e tyre seksuale do përmirësohej pas interventit; ndërkohë që vërehet një këndvështrim optimist mbi rehabilitimin pas histerektomisë, ku vetëm 30% mendonin se ky proces do të ishte i vështirë, dhe vetëm 28.5% mendonin se do të kishin probleme emocionale pas histerektomisë.

Tabela 23. Shpërndarja e frekuencës së variablave mbi reflektimet pas interventit

| <i>Reflektime (pas interventit)</i> | <i>Po</i> | | <i>Jo</i> | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <i>Frekuenca</i> | <i>Përqindja</i> | <i>Frekuenca</i> | <i>Përqindja</i> |
| Më është sqaruar qartësisht se çfarë do të ndodhte pas histerektomisë. | 26 | 37.1 | 44 | 62.8 |
| Mjeku im më ka sqaruar për problemet seksuale që mund të kisha pas interventit. | 19 | 27.1 | 51 | 72.8 |
| Mendoj se shërimi pas histerektomisë ishte më i vështirë sesa më ishte thënë nga mjeku | 32 | 45,7 | 38 | 54.2% |

Pra, mesa shohim nga përfundimet e këtij pyetësi, 54% e pacienteve, prisnin të kishin më tepër dhimbje pas operacionit, pra janë të kënaqura me nivelin e dhimbjeve dhe me ecurinë e rehabilitimit të tyre, ndërsa 46 % e kishin menduar më të lehtë këtë proces nisur edhe nga bisedat paraprake me mjekun e tyre. 72% e pacienteve vazhdojnë të pohojnë 3 muaj pas interventit se nuk janë sqaruar sa duhet për problemet seksuale me të cilat ato janë përballur, sidomos gjatë tremujorit të parë pas interventit.

Shumica e pacienteve mbeten të pasqaruara për kohën reale të rehabilitimit të pjesshëm dhe të plotë, dhe për mënyrën si do ta arrijnë këtë gjë.

Ajo që të bën përshtypje në këtë pyetësor ku pacientet tashmë reflektojnë disa muaj pas interventit, është fakti se rreth 70% e pacienteve nuk ndjehen të plotësuara me dhënien e informacionit dhe shpjegimin nga ana e mjekut të situatës pas interventit; pra, çfarë do të ndodhë pas disa muajsh apo vitesh, a do ketë ndryshime të funksioneve të organeve të ndryshme, si do ndryshojë jeta në përgjithësi dhe jeta seksuale në veçanti, etj.

Tabela 24. Imazhi për veten dhe kënaqësi të përgjithshme

| <i>Variabli</i> | <i>PO</i> | | P 0,00 CI 95% [9.95662, 36.70938] |
|---|------------------|------------------|--|
| | <i>Frekuenca</i> | <i>Përqindja</i> | |
| Aktualisht ndjem mirë fizikisht | 48 | 68,6% | |
| Mendoj se histerektomia më ka bërë të ndihem si një person tjetër | 48 | 68,6% | |
| Mendoj se tani, pas shërimit nga histerektomia jam më aktive | 58 | 82,9% | |
| Bashkëshorti/partneri im ishte dakort që unë ta bëja këtë histerektomi | 70 | 100% | |
| Jam e kënaqur që e bëra këtë histerektomi | 58 | 82,9% | |
| Unë do të merrja përsëri vendimin për të kryer këtë histerektomi, nëse gjendja ime do ishte ashtu siç është | 54 | 77,1% | |

Shohim se pas kryerjes së interventit, shumica e pacienteve ndihen fizikisht mirë dhe më aktive se përpara histerektomisë. Shumica e tyre e konfirmojnë se histerektomia ka qenë trajtimi i duhur për problemin që kanë pasur. Më tepër se 80% e tyre janë të kënaqura për interventin dhe për përfitimet shëndetësore prej tij. 77% e tyre do të ishin të gatshme për t’iu nështuar sërish histerektomisë nëse do të ishte e nevojshme. Duhet theksuar se të gjithë partnerët e pacienteve ishin dakort mbi kryerjen e procedurës së histerektomisë duke treguar në shumicën e rasteve një mbështetje dhe suport moral për to.

F. Efektet afat-shkurtra të histerektomive

Duhet të theksojmë se gjatë studimit tonë, kryesisht gjatë ditëve të qëndrimit në spital, ne konkluduar edhe mbi efektet afat-shkurtra të histerektomive tek rastet tona;

- a) infeksioni i plagës u raportua në 2 raste (2.8%) nga ku të dyja këto raste ishin me ind subkutan mbi 3 cm,
- b) infeksioni urinar në 6 raste (8.5%).

Nga pacientet e grupit tonë nuk u raportuan hemorragji e shtuar gjatë interventit, dëmtime të vezikës urinare apo të zorrës apo tromboemboli. Ndoshta incidenca e ulët e komplikacioneve postoperative është rrjedhojë e eksperiencës së mirë të kirurgëve, për shkak të moshës së re të pacienteve tona dhe bashkëshoqërimit të rrallë me diabetin, si edhe përdorimit të antibiotikëve me spektër të gjerë gjatë interventit dhe po ashtu për të paktën 3 ditët e para pas tij.

4. DISKUTIMI

4.1 Efektet mbi funksionin urinar

Siç e përmendëm dhe në hyrje, inervimi i vezikës urinare mund të alterohet gjatë interventit, por edhe për këtë pikë ka rezultate kontradiktore, pasi disa studime treguan një rritje të inkontinencës urinare në gratë që kishin kryer histerektomi në krahasim me ato që nuk kishin kryer histerektomi, dhe disa studime të tjera jo. Megjithatë, këto të dhëna nuk janë shumë të besueshme, pasi përpara interventit këto paciente mund të kenë pasur një disfunkcion veziko-uretral të gradëve të ndryshme, të cilin këto studime nuk e specifikojnë. Parys et al⁸⁷. referonin se gjetën simptoma subjektive në 58.3% të grave përpara histerektomisë, megjithëse disfunkcion urodinamik u gjet në vetëm 38.9%. Postoperator, ata gjetën një rritje të simptomave urinare (75%), anomali të reja urodinamike (30% më tepër) dhe neuropati pelvike sic vihej në dukje nga reflekset sakrale.

Në kontrast me këtë, El-Toukhy et al⁷², vlerësuan 16 gra premenopauzale asimptomatike dhe kryen cistometrinë dhe urofluksimetrinë para histerektomisë, dhe i përsëritën këto procedura 4 javë dhe 4 muaj pas histerektomisë, dhe nuk gjetën asnjë diferencë në simptoma ose në rezultatet e urodinamikës. Në disa studime të tjera nuk janë gjetur më tepër simptoma urinare pas histerektomisë sesa pas një dilatacioni dhe kyretazhi, apo pas një rezeksioni transcervikal të endometriumi. Një tjetër studim madje ka raportuar një ulje të theksuar të inkontinencës së stresit, frekuencës dhe nokturisë 12 muaj pas histerektomisë totale abdominale. Është sugjeruar që ulja e përqindjes së rasteve me inkontinencë urinare pas histerektomisë mund të vijë në sajë të ngritjes së qafës së vezikës urinare nga fiksimi i kupolës vaginale në ligamentet sakrale.

Jo gjithmonë dhe domosdoshmërisht ndryshimet urodinamike dhe neurologjike post histerektomisë shkaktojnë simptoma. Prior et al⁸⁶ gjetën një rritje të sensitivitetin vezikal pas histerektomisë, qoftë kjo abdominale apo vaginale, dhe kjo persistoi për të paktën 6 muaj, por nuk u shoqërua gjithmonë me simptoma urinare. Ndërsa ka pak të dhëna mbi efektet urinare të histerektomisë vaginale kundrejt asaj abdominale, është raportuar që urgjenca në urinim më tepër ndjek histerektominë vaginale.

Mbetet e debatueshme ende në ditët e sotme, nëse histerektomia supracervikale ka benefite mbi histerektominë totale përse i përket efekteve urinare. Një studim i mirëfilltë mbi këtë temë, i përket Kilcku^{21, 30}(1983), i cili gjeti diferenca statistikisht domethënëse në simptomat urinare midis dy interventeve.

Në grupin e histerektomisë totale, 28.6% e grave raportonin zbrazje jo të plotë të vezikës para operacionit, e cila ra në 22.1% pas operacionit.

Në kontrast me këtë, 35.5% e grave që kishin pasur një histerektomi supracervikale raportuan zbrazje jo të plotë të vezikës përpara operacionit, dhe pas një viti kjo shifër ra në 10.3%; ulje të ngjashme u raportuan edhe për inkontinencën dhe frekuencën urinare. Autorët dolën në konkluzionin se histerektomia supracervikale kishte më tepër përparësi në këtë drejtim.

Një metaanalizë e disa studimeve të randomizuara u krye nga Magali et al⁶⁴ (2008), për të vlerësuar nëse tipi i histerektomisë, abdominale totale kundrejt asaj supracevikale, kishte pasur një impakt në zhvillimin e inkontinencës urinare. Analiza nuk tregoi ndryshime statistikore në riskun për zhvillimin e inkontinencës urinare të stresit apo të urgjencës në gra që kryen histerektomi supracervikale krahasuar me ato që kryen histerektomi totale abdominale.

Në ditët e sotme, nuk ka pasur asnjë studim serioz mbi efektet e histerektomisë vaginale mbi funksionin urinar. Këtu vlerësimi në fakt bëhet i vështirë, pasi ky operacion në shumicën e rasteve zgjidhet për shkak të prolapsit uterin ose vaginal (cisto-uretro-cele), e cila mund të shkaktojë simptoma urinare. Meqenëse në ditët e sotme histerektomitë vaginale po kryhen gjithmonë e më shpesh edhe në mungesë të prolapsit, një vlerësim i tillë do ishte i mundur.

4.2 Efektet mbi funksionin gastro-intestinal

Ka disa studime përsa i përket efekteve gastrointestinale të histerektomisë, që tregojnë se incidenca e konstipacionit dhe sindromit të zorrës së irritueshme rritet pas histerektomisë. Taylor and Smith⁸⁵ dolën në konkluzionin se histerektomia shoqërohej me peristaltikë më të ulët të zorrës. Po këta autorë, arritën edhe në një konkluzion tjetër surprizues; ata gjetën një shoqërim sinjifikant midis lëvizjeve peristaltike të reduktuara intestinale dhe frekuencës urinare të shtuar pas histerektomisë. Ata dolën në konkluzionin se disfunksioni i zorrës së trashë dhe i vezikës urinare mund të kishin një etiologji të përbashkët, denervimin autonom të të dyja viscerave.

Në një studim me 1058 gra të moshave 25-69 vjec, Murray et al⁹⁰, 79 prej të cilave kryen histerektomi dhe 37 kolecistektomi, gratë pas histerektomisë ishin më të predispozuara për ta konsideruar veten me konstipacion, kishin frytje dhe tensionim dhe një ndjesi zbrazje jo të plotë. Në ndryshim me këtë, studime të tjera gjetën se 6 muaj pas operacionit, konstipacioni, më tepër ishte përmirësuar sesa zhvilluar dhe prevalenca e sindromit të zorrës së irritueshme ishte e pandryshuar si para dhe pas operacionit.

Nuk ka studime përsa i përket efekteve të histerektomisë subtotale mbi funksionin e zorrës.

4.3 Efektet mbi funksionin seksual dhe cilësinë e jetës

Pamja mbizotëruese në literaturë është se histerektomia përmirëson cilësinë e jetës. Kjo bazohet në pohimet se histerektomia lehtëson dispareuninë dhe hemorragjinë anormale, dhe rrjedhimisht përmirëson reagimin seksual. Por megjithëse histerektomia çon në prerjen dhe dëmtimin e pashmangshëm të nervave sensorë që inervojnë cerviksin dhe uterusin, duket e çuditshme që raportet për efektet e dëmshme në përgjigjen seksuale janë aq të kufizuara.

Një shqetësim i zakonshëm ndërmjet grave që i nënshtrohen histerektomisë është mundësia e efekteve anësore të kirurgjisë në përgjigjen e tyre seksuale. Ne jemi munduar të shqyrtojmë literaturën për të evidentuar efektet e histerektomisë në përgjigjen seksuale që nga studimi i Zussman et al.²⁷ në 1981. Në këtë review të tyre²⁷, ata vunë në dukje se "studimet e fundit të kryera në Mbretërinë e Bashkuar tregojnë se 33% deri 46% e grave raportojnë ulje të përgjigjes seksuale pas histerektomisë me ooforektomi. Pra, kur ka një përgjigje seksuale të ulur pas interventit, faktorë etiologjikë mund të jenë ndryshimet hormonale (përfshirë androgjenin) dhe ndryshimet anatomike (heqja e cerviksit si një stimul i rëndësishëm për orgazmën në disa gra)". Këta autorë morën një pozitë ekstreme lidhur me një rol mbizotërues të faktorëve fiziologjik dhe jo psikologjik në përgjigjen seksuale pas histerektomisë.

Ndërkohë, teoria mbizotëruese në Shtetet e Bashkuara për më shumë se 30 vjet, deri në vitet '90, në këshillimin e grave ishte se "një ulje e tillë e përgjigjes seksuale është e rrallë dhe, nëse ato ndodhin, janë psikogjene".

Megjithatë, studime të mëvonshme kanë raportuar se faktorët psikologjikë luajnë gjithashtu një rol të rëndësishëm. Për shembull, depresioni është raportuar të ketë një efekt negativ jo vetëm në simptomat postoperatore, por edhe në aspekte të ndryshme të funksionit seksual.

Të paktën disa efekte të dëmshme të histerektomisë mbi funksionin seksual janë raportuar në pothuajse të gjitha dokumentet, të cilat nuk duhet të shpërfillen. Në një përmbledhje të gjerë të literaturës, Maas et al.³¹ (2003) konkluduan se "hulumtimi i kryer deri tani mbi efektet e histerektomisë nuk është përfundimtar." Këta autorë theksojnë se ndërsa shumica e grave raportojnë një përmirësim të funksionit seksual pas histerektomisë, kjo mund të jetë rezultat i lehtësimit të simptomave të tilla si hemorragjia uterine anormale apo dispareunia. Ata gjithashtu raportojnë se një pakicë e grave zhvillojnë një disfunkcion seksual si rezultat i histerektomisë dhe se nevojiten më shumë kërkime për të sqaruar çështjen e efektit të histerektomisë mbi përgjigjen seksuale.

Është vështirë të dallosh një model të qëndrueshëm mes studimeve te ndryshme, ndoshta dhe për shkak të faktorëve si:

- a) kompleksiteti i inervimit të sistemit seksual;
- b) shkalla e dëmtimit nervor;
- c) llojet e ndryshme të histerektomisë;
- d) metodologjia kirurgjikale dhe rruga e aksesit (vaginale, abdominale, laparoskopji);
- e) simptomat paraqitëse (dhimbja dhe/ose hemorragjia);
- f) shtrirja e operacionit (nëse cerviksi apo ovaret janë hequr në kombinim me uterusin);
- g) burimet e ndryshme të stimulimit seksual;
- h) gjendjen psikologjike të grave para dhe pas operacionit (prania e shenjave të depresionit);
- i) gjendjen e tyre fiziologjike (p.sh. perimenopauza);
- j) terapia zëvendësuese hormonale (vetëm estrogen ose e kombinuar);
- k) natyra e të dhënave të grumbulluara (p.sh. pyetësorët e administruar).

Përveç lehtësimit nga dhimbja dhe hemorragjia pas një histerektomie, rezultojnë të ketë dhe disa faktorë të tjerë pozitivë psikologjikë, si eliminimi i ankthit nga risku i kancerit të endometrit ose kanceri cervical si dhe shtatzënisë së padëshiruar. Për më tepër, kjo mund të ndikojë pozitivisht edhe në rastet me humbje të mundshme të ndjeshmërisë genitale. Rhodes, et al.²⁹ (1999) thoshte: " *Përsa i përket funksionit seksual, ky lehtësim i simptomave mund të jetë një faktor i rëndësishëm që çon në rritjen e kënaqësisë seksuale dhe rritjen e frekuencës së orgazmës. Për më tepër, përmirësimet për shkak të lehtësimit të simptomave mund të tejkalojnë çdo ndjesi të humbur nga heqja e cerviksit*".

Faktorë të shumëfishtë janë propozuar si baza për efektet e dëmshme të histerektomisë mbi përgjigjen seksuale. Këto përfshijnë:

- a) mungesa e uterusit, që ndikon negativisht në disa gra tek të cilat kontraksionet uterine janë një komponent i rëndësishëm i orgazmës;
- b) indet cikatriciale pengojnë ngritjen e plotë të vaginës, gjë që mund ta bëjë kontaktin seksual të vështirë pasi vagina është më e shkurtër;
- c) dëmtime nervore kirurgjikale, që shkaktojnë dhimbje ose ndërhyjnë në ndjenjën e kënaqësisë seksuale;
- d) një masë e reduktuar e indeve pelvike, që rezulton në një ulje të

vasokongestionit, mund të ndikojë në uljen e eksitimit dhe të dëshirës seksuale (libidos), dhe në uljen e orgazmave multiple;

- e) ndërprerja ose dëmtimi i furnizimit lokal nervor dhe vazal të indeve duke prishur marrëdhëniet anatomike të pelvisit.

Përveç këtyre faktorëve, patologjia bazë për të cilën kryhet histerektomia mund të ndikojë në mënyrë diferenciale në reagimin seksual. Kështu, në studimin e tyre, Peterson, et al.³⁷ (2010) konkluduan: "Gratë që kryejnë një histerektomi për shkak të endometriozës raportojnë më shumë vështirësi gjatë kontaktit dhe më pak kënaqësi me orgazmën sesa gratë që kryejnë një histerektomi për arsye të tjera. Nuk u konstatua ndonjë dallim domethënës në perceptimin e grave mbi kënaqësinë e tyre seksuale pas histerektomisë, nisur nga fakti nëse kishin kryer apo jo oophorektomi bilaterale, apo nëse kishin marrë apo jo terapi zëvendësuese hormonale".

Bazuar në artikujt dhe studimet e tjera që kemi rishikuar, nuk është gjithashtu e mundur të nxirret një përfundim mbi shkallën e ndikimit të ooforektomisë bilaterale mbi seksualitetin me ose pa terapi

zëvendësuese hormonale (TZH). Pothuajse gjysma e studimeve nuk specifikojnë nëse TZH është administruar, studime të tjera raportojnë përqindjet e grave që në studimin e tyre kanë kryer oophorectomi, dhe ato që kanë marrë TZH, por marrëdhëniet midis të dyjave nuk janë të specifikuara. Kështuqë, mungesa e raporteve mes këtyre variablave dobëson edhe më tej aftësinë tonë për të lidhur këto apo efektet e tyre mbi përgjigjet e ndryshme seksuale.

4.4 Kërkime mbi sensibilitetin genital

Pasi janë marrë në konsideratë të gjitha pasojat e mësipërme të histerektomisë, mbetet në mënyrë specifike çështja e ndjeshmërisë gjenitale pas histerektomisë, për të cilat ka një mungesë të provave eksperimentale. Për të trajtuar këtë çështje, le të shqyrtojmë së pari provën e inervimit dhe ndjeshmërisë klitoriale, vaginale dhe cerviksit në gratë në të cilat këto rrugë aferente janë të paprekura. Pyetjet e dukshme janë: a) cilat janë evidencat e inervimit të organeve genitale, b) janë të ndjeshme organet genitale, c) histerektomia ndikon në ndjeshmërinë e organeve genitale dhe d) ndryshimet e shkaktuara nga histerektomia në ndjeshmërinë genitale dhe efektet e këtij interventi në përgjigjet seksuale? Ne adresojmë këto pyetje në rend, si më poshtë:

A. Dëshmitë e inervimit të organeve gjenitale

Zussman et al.²⁷ ishin të mendimit se vagina nuk ka mbaresa nervore. Ata ranë dakord me mendimin e Clark³⁸ dhe Singer³⁹ se sensibiliteti genital nuk ishte për

shkak të stimulimit të vaginës dhe cerviksit në vetvete, por më tepër si pasojë e ndjesisë së pëlqyeshme që shkaktojnë lëvizjet penile ndaj membranave peritoneale që rrethojnë uterusin dhe ligamentet mbështetëse.

Në kontrast të plotë me këtë teori, Masters and Johnson⁴⁰ deklarorin se "Pavarësisht raporteve të mëparshme për të kundërtën, vagina dhe cerviksi janë gjerësisht të inervuara." *Krantz*⁴¹ kishte përshkruar një model të pazakontë të valëzuar të fibrave nervore në adventician vaginale (pra mbulesën e indit lidhor vaginal në kavitetin peritoneal) dhe në muskulaturën vaginale, dhe sugjeroi që ky model i valëzuar i fibrave nervore mund të jetë një mënyrë me anë të cilës mbaresat nervore përshtaten me distorsionin e skajshëm që pësojnë ato nga kontraksionet uterine dhe lindja.

Më pas, *Blank et al.*⁴² raportoi se vagina dhe cerviksi përmbajnë përqëndrime të larta të nervave NPY dhe VIP-immunoreaktive, të lokalizuara rreth muskulaturës së lëmuar të vaskularizuar dhe jo të vaskularizuar. Kohët e fundit, *Pauls et al.*⁴³ përshkruan nervat vaginale të lokalizuara rregullisht në të gjithë murin anterior dhe posterior të vaginës, proksimalisht dhe distalisht, duke përfshirë apeksin dhe cerviks. Ata nuk përshkruan ndonjë lokalizim vaginal me dendësi nervore më të rritur sesa të tjerat.

Një nga tipet e mbaresave nervore (i quajtur "receptori Merkel") që është i përshtatur për t'iu përgjigjur presionit të vazhdueshëm, është gjetur vetëm në hyrjen e vaginës, atë që quhet introitusi vaginal, por jo në lokalizim tjetër. Në këtë regjion, është vërejtur një ndryshim i qartë në inervimin e shtresës së thellë submukoze të vaginës. Indi lidhor i murit anterior është mjaft i inervuar, në kontrast me murin posterior, i cili është më pak i inervuar.

Ndarja e 'detyrave' midis nervave ndijore gjenitalë është në thelb si vijon; tek femrat, nervat hipogastrike përçojnë aktivitetin aferent nga uterusin dhe cerviksi, nervat pelvikë përçojnë aktivitetin aferent nga vagina dhe nervat pudendalë përçojnë aktivitetin aferent nga klitori.

Më konkretisht, *DeLancey*⁴⁶ pohon se "bllokada e nervit pudendal heq ndjesinë e dhimbjes mbi një zonë që përfshin labia majora, labia minora, klitoris dhe vestibulin deri në nivelin e himenit." Mons pubis, labia dhe lëkura vulvare marrin degët afferente nëpërmjet nervave ilioinguinal dhe genitofemoral, që futen në nivelin L1 dhe L1-2 të spinës, respektivisht.

Nervat pudendalë dhe pelvikë futen në spinë në nivelet sacrale S2-S4 dhe nervat hipogastrike udhëtojnë në zinxhirin simpatik dhe hyjnë në spinë në nivelet thoracice T10-T12. Kohët e fundit, ka pasur evidenca se një çift i katërt nervash me prejardhje nga nervi Vagus – përçon aktivitetin aferent nga cerviksi dhe vagina.

B. Dëshmi se vagina, cerviksi dhe klitorisi janë të ndjeshme

*Kinsey dhe al.*⁵⁴ nxorrën një konkluzion që kishte të bënte me aftësinë e grave për të perceptuar stimulimin vaginal dhe të cerviksit që, në mënyrë surprizuese, kundërshtonte diametralisht të dhënat e tyre. Përsa i përket ndjeshmërisë vaginale, ata vërejtën: "Duke u nisur nga evidencat se muret e vaginës zakonisht janë të pandjeshme, është e qartë se kënaqësia e përfituar nga depërtimi vaginal duhet të varet nga ndonjë mekanizëm që qëndron jashtë vetë mureve vaginale."

Ndërsa, në lidhje me ndjeshmërinë e cerviksit, ata deklaruan, "*Të gjitha të dhënat klinikedhe eksperimentale tregojnë se sipërfaqja e cerviksit është pjesa më e pandjeshme e anatomisë genitale femërore. Rreth 93 përqind e 879 femrave të testuara nga gjinekologët për këtë studim, nuk ishin fare të vetëdijshme se ato ishin prekur kur cerviksi ishte goditur ose shtypur lehtë. Më pak se 5 përqind ishin pak a shumë të vetëdijshme për një stimulim të tillë, dhe vetëm 2 përqind e grupit e lokalizuan saktësisht vendin e stimulimit. Ndërkohë që, në përgjigje të stimulit presiv, 89 për qind e 879 grave në studim, iu përgjigjën stimulimit të murit vaginal anterior, 93 për qind e grave iu përgjigjën stimulimit të murit vaginal posterior dhe 84 për qind e grave iu përgjigjën stimulimit të cerviksit*".

Në arritjen e përfundimit të tyre, autorët u përqendruan në stimulimin e butë dhe të prekshëm të vaginës dhe cerviksit, duke injoruar efektin e stimulimit presiv, që padyshim është një stimul shumë i rëndësishëm gjatë marrëdhënieve penile-vaginale. Pavarësisht nga evidencat e mësipërme të ndjeshmërisë vaginale dhe cervikale nën një stimul të përshtatshëm, megjithatë ekziston një besim i përhapur gjerësisht se vagina dhe cerviksi janë të pandjeshme.

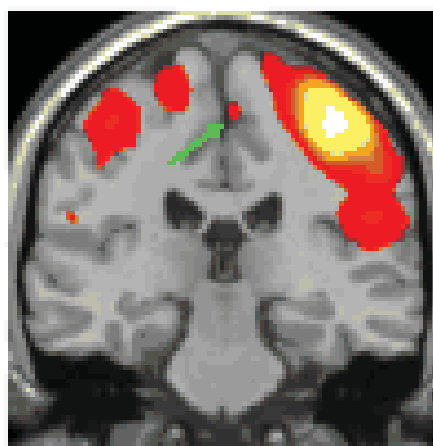
Ekzistojnë dëshmi të tjera të aktivitetit sensor dhe funksional të cerviksit. Në një studim të *Ringrose*⁵⁵, 77 për qind nga 137 femra treguan tkurrje reflektive të muskujve bulbocavernosus, të cilat prodhuan lëvizje klitorale ose tkurrje të muskujve abduktorë të kofshës në përgjigje të prekjes së cerviksit gjatë marrjes së pap testit. Në një tjetër studim nga *Kukorelli et al.*⁵⁶, stimulimi elektrik nëpërmjet elektrodave në kanalën cervikal shkaktoi desinkronizimin e ritmit alfa të korteksit gjatë të cilit gratë raportuan se ata e perceptuan stimulimin. Me testim të përsëritura që ulën intensivisht intensitetin e stimulimit, gratë u bënë të vetëdijshme për stimulimin e cerviksit në intensitete që më parë ishin nën pragun e perceptimit të tyre.

*Perry dhe Whipple*⁵⁷ zbuluan se muri anterior i vaginës, dmth zona afër ora 12 (me gruan e shtrirë në pozicion supin), ishte më i ndjeshëm ndaj stimulimit fizik dhe stimulimi në atë zonë (të cilin e quajtën "pika e Grafenberg" ose "G spot") ka më shumë gjasa të prodhojë orgazëm sesa stimulimi i zonave të tjera të vaginës. Muri posterior, afër orës 6, ishte më pak i mundshëm për të prodhuar orgazëm.

*Alzate dhe London*⁵⁹ përshkruan disa procedura që ata përdorën për të kryer një studim të ndjeshmërisë së zonave të ndryshme vaginale. Ndër 48 femra, 94 për qind raportuan ndjeshmëri të karakterit erotik.

Midis 30 femrave të testuara që patën orgazëm ose erdhën shumë afër saj, 73 përqind treguan përgjigje maksimale ndaj stimulimit të 1/2 së sipërme të murit të përparshëm vaginal dhe 27 përqind treguan përgjigje maksimale ndaj stimulimit të 1/2 së poshtme të murit të përparshëm vaginal. Në 30 për qind, një tjetër zonë, stimulimi i të cilës mund të shkaktonte një përgjigje orgazmike, ishte në 1/2 e poshtme të murit të pasëm vaginal (disa subjekte tregonin më shumë se një zonë të përgjigjes maksimale). Autorët raportuan se vetëm një pjesë e vogël e grave treguan një ndjesi të këndshme gjatë prekjes së cerviksit apo të fornixit posterior vaginal.

Sipas *Komisaruk dhe Frango*⁶¹, 2011, në një studim ku mbi 20 gra u aplikua presioni mekanik drejtpërsëdrejti në cerviks, duke përdorur një stimulues të ndërtuar enkas, që ishte bashkangjitur me një diafragmë të puthitur në cerviks, shumica e grave raportuan se e ndjenin stimulimin dhe ishin në gjendje të matnin pragun e tyre të ndjeshmërisë ndaj presionit. Disa nga gratë që kishin pësuar një dëmtim të plotë të shtyllës kurrizore, në ose mbi nivelin torakal T10 mund të ndjenin stimulimin e cerviksit, ndonëse ato ishin më pak të ndjeshme ndaj stimulimit sesa gratë normale, pa dëmtime të tilla. Dy nga gratë raportuan një ndjesi të pazakontë dhe të pëlqyeshme kur ata nxorrën stimulatorin jashtë, larg nga cerviksi, nga thithja e gjeneruar nga diafragma kundrejt cerviksit. Kur u regjistrua aktiviteti i trurit duke përdorur MRI, si përgjigje ndaj vetë-stimulimit të cerviksit në këto gra, u gjet aktivizimi i zonës së bërthamës së traktit solitar, tek i cili projektohet nervi Vagus, në medulla oblongata. Në gratë pa dëmtime të shtyllës kurrizore, u zbulua se vetë-stimulimi i cerviksit aktivizon korteksin sensor gjeneral (specifikisht lobulin paracentral;



Lokalizimi i përgjigjes sensoriale kortikale ndaj vetë-stimulimit të cerviksit dhe uterusit. Shigjeta tregon reagimin në lobulin paracentral, ngjitur me gyrusin post-qendror. Aktivitete të tjera lidhen me lëvizjen edorës që përdoret për të aplikuar stimulimin.

Në përputhje me këtë përshkrim të reagimit të pëlqyeshëm ndaj stimulit të cerviksit, *Cutler et al.*⁶² raportoi se 35 përqind e 128 grave të shëndetshme deklaruan se ato arrinin orgazmën nga stimulimi penil i cerviksit gjatë marrëdhënieve seksuale. Në të njëjtin studim, 63 përqind e grave raportuan se ato arrinin orgazëm nga stimulimi vaginal dhe 94 përqind raportuan se përjetonin orgazëm nga stimulimi klitorial. Autorët nuk i raportuan proporcionet dhe varietetet e kombinimeve individuale midis këtyre burimeve të stimulimit seksual.

Duke përdorur një metodë të ndryshme për matjen e ndjeshmërisë - stimulim të butë elektrik në intensitete të ndryshme - *Weijmar Schultz et al.*⁶³ testuan ndjeshmërinë e rajoneve të ndryshme të vaginës. Ata e quajtën rajonin më të përparshëm të vaginës (dmth. rajonin më të afërt të klitorisit) "ora 12" dhe rajonin më pranë anusit "ora 6." Ata gjetën se zona që përkon me "orën 12" të vaginës ishte më e ndjeshme. Të gjitha zonat interne të vaginës (sipas sistemit të orës) ishin më pak të ndjeshme se klitorisi. Klitorisi kishte ndjeshmëri pak më të madhe sesa labiet minore. Labiet majore ishin lehtësisht më të ndjeshme se sa klitorisi dhe labiat minor.

Një lloj i veçantë i receptorëve sensorë – korpuskulat Paciniane - të cilët janë të specializuar për t'iu përgjigjur presionit dhe vibrimit - u gjetën të pranishme në një numër më të madh në klitoris dhe prepuçium sesa në labina minima. Klitorisi është karakterizuar si "pjesa më dendësisht e inervuar e trupit të njeriut".

C. Dëshmi se histerektomia ndikon në ndjeshmërinë gjenitale

Bazuar në provat e mësipërme të inervimit të klitorisit, vaginës dhe cerviksit, nuk do të ishte e habitshme nëse përgjigjet ndaj stimulit genital do të zbeheshin nga histerektomia. Disa studimekanë raportuar efekte të tilla.

Kështu, *Hasson (1993)*⁶⁵ doli me këtë konkluzion, "Cerviksi nuk është një organ i kotë dhe nuk duhet të hiqet gjatë histerektomisë pa një indikacion të përshtatshëm Humbja e një pjese të madhe të pleksusit uterovaginal (Frankenhauser's) përmes heqjes së cerviksit është parë të ketë një efekt të kundërt në nxitjen dhe orgazmën seksuale në gratë që kanë përjetuar më parë orgazma interne".

Një efekt i tillë ishte pretenduar më parë, në vitin 1973, kur në një komunikim personal, Master and Johnson vërejnë: 'Një pjesë e grave, me shumë siguri përshkruajnë presionin cervical si një mekanizëm nxitës për përgjigjen koitale. Gra të tilla mund të ndjejnë një handicap nga ana seksuale kur një mekanizëm i tillë largohet kirurgjikalisht'.

Të njëjtët autorë gjithashtu shkruanin se: 'Për disa gra, cilësia e orgazmës lidhet me lëvizjen cerviksit dhe uterusit dhe për këto gra intensiteti i orgazmës zbehet kur këto struktura hiqen.

Për gra të tjera, orgazma kryesisht arrihet nga stimulimi klitorial dhe në këtë mënyrë humbja e disa strukturave të brendshme genitale nuk do ketë të njëjtin efekt’.

Në përputhje me këtë formulim, matja e ndjeshmërisë vaginale dhe klitoriale 3 muaj pas histerektomisë, krahasuar me para interventit, tregoi se kishte një reduktim të vogël por të rëndësishëm në ndjeshmërinë ndaj stimujve të ftohtë dhe të ngrohtë në muret vaginale anteriore dhe posteriore, ndërkohë që ndjeshmëria ndaj klitorisit nuk u prek.

Një efekt i heqjes së cerviksit në përgjigjen seksuale u tregua nga *Kilku et al* (1983)²¹, i cili raportoi në një studim me 212 femra që heqja e cerviksit në histerektominë totale ishte shoqëruar me një incidencë më të ulët të orgazmave sesa gjatë histerektomisë subtotale, ku cerviksi ruhet.

Kështu, përqindja e grave që arrinin më pak se 1 orgazëm në 4 kontakte seksuale, u rrit ndjeshëm pas histerektomisë totale; nga 29.7% para operacionit në 46.7% në 12 muaj pas operacionit, ndërsa në të njëjtën interval pas histerektomisë subtotale, ka pasur një ndryshim jo të rëndësishëm; nga 28.6 në 32.0%, respektivisht.

Një studim i kohëve të fundit në Britaninë e Madhe⁶⁶, bazuar në një pyetësor 5-vjeçar pas kirurgjisë dërguar grave që ishin trajtuar kirurgjikalisht për hemorragji disfunktionale të uterusit, e mbështetën këtë ndryshim në efektet e histerektomisë totale dhe subtotale. Nga më shumë se 8900 gra që iu përgjigjën pyetësorit lidhur me funksionin e tyre psiko-seksual, më shumë gra që kishin bërë histerektomi totale raportuan se kishin probleme psiko-sociale shqetësuese (psh. humbje të interesit seksual, vështirësi në të qenit seksualisht e ngacmuar dhe thatësi vaginale) sesa ato të cilat kishin një histerektomi subtotale me ose pa oophorectomi bilaterale profilaktike. Terapia hormonale, ndonëse e lidhur me metodën kirurgjikale, nuk e zvogëlon këtë efekt negativ afatgjatë. Shanset ishin veçanërisht më të larta midis grave që kishin pasur edhe oophorectomy bilaterale.

Në kundërshtim me këtë, *Roussis et al* (2004)⁶⁸ në një studim të pyetësorëve të 400 grave brenda 3 viteve pas histerektomive të tipeve të ndryshme, duke përfshirë ato totale dhe supracervicale, arriti në përfundimin se përgjigjet që kanë të bëjnë me dëshirën seksuale, aktivitetin seksual, ose ndjesinë e feminitetit, nuk kanë ndonjë ndryshim të rëndësishëm nga përpara histerektomisë.

Një përfundim të ngjashëm me të arriti *Farrell dhe Kieser* (2000)⁶⁹, të cilët shqyrtuan 18 raporte në literaturë. Ata arritën në përfundimin se, ndërkohë që "vlerat e rezultateve zakonisht nuk mund të ishin të vlefshme dhe shumica e studimeve nuk kishin arritur të merrnin në konsideratë faktorë mjaft të rëndësishëm, por shpeshhere konfundues. Shumica e studimeve në këtë review treguan ose asnjë ndryshim ose një përmirësim të seksualitetit tek gratë që kishin kryer një histerektomi".

Në një meta-analizë të titulluar "Roli i cerviksit në përgjigjen seksuale: dëshmi pro dhe kundër", *Grimes*⁷⁰ në 1999 theksoi mangësitë metodologjike të të gjitha studimeve të mëparshme, duke përfunduar: "Dëshmitë si pro dhe kundër një roli të cerviksit në përgjigjen seksuale janë të dobëta..." dhe se "Nëse çështja është me të vërtetë e rëndësishme për më shumë se gjysëm milioni gra të SHBA që kanë kryer histerektomi çdo vit, atëherë gjinekologët kanë një detyrim etik për të kryer një studim përfundimtar mbi këtë temë."

Kështu, nuk ka dëshmi të qarta se cerviksi luan apo jo një rol në përgjigjen seksuale. Pak studime i konsiderojnë apo i pyesin gratë për rolin e cerviksit në përgjigjen e tyre seksuale.

Në rastin e histerektomisë subtotale, ndjeshmëria e cerviksit me shumë mundësi do të jetë e kompromentuar nga dëmtimi i tre palë nervave sensorë, dhe, natyrisht, kjo do të jetë definitive në rastin e histerektomisë totale. Kështuqë mungesa e evidencave për një rol ndjesor të cerviksit në përgjigjen seksuale nuk duhet të interpretohet si dëshmi e mungesës së këtij roli.

D. Ndjeshmëria genitale, burimi i preferuar i stimulimit seksual dhe ndryshimet post-histerektomi

Është propozuar hipoteza e mëposhtme për të pajtuar pretendimet e debatueshme të efekteve të histerektomisë: Ka një mungesë të dukshme, një detaj të lënë pas dore në fakt, por që mund të jetë mjaft i rëndësishëm në të gjithë literaturën që kemi rishikuar për efektet e histerektomisë mbi përgjigjen seksuale: mungon raportimi i vetë grave mbi burimin e tyre të preferuar të stimulimit genital.

Rëndësia e këtij faktori është vënë në dukje nga *Goetsch*⁷¹: "Lokusi, vendndodhja e orgazmës mund të ndikojë në pasojat e histerektomisë mbi jetën seksuale". Lokalizimet më të shpeshta u raportuan: klitorisi (nga 30% e të anketuarve), vagina (11%), dhe uterusit ose uterusit dhe vagina (8%) ". Këto përqindje nuk përmbledhen në 100%, sepse pyetja është dukshëm e drejtuar për vendndodhjen e orgazmës për secilën nga këto pika në mënyrë individuale. Ndërsa kjo i referohet pjesës së trupit në të cilën perceptohet orgazma, kjo nuk trajton çështjen vendimtare të pjesës së trupit nga e cila nxitet orgazma, ose e shprehur më qartë - specifikimi i burimit të preferuar të stimulimit të secilës nga gratë që bëhen pjesë e këtyre studimeve. Kështu, nëse një grua preferon stimulimin e klitorisit, ne nuk do të prisnim ndonjë efekt negativ të histerektomisë mbi përgjigjen seksuale.

Megjithatë, nëse ajo preferon stimulimin vaginal dhe/ose cervical, ndjeshmëria e këtyre organeve mund të kompromentohet nga histerektomia. Pasi kemi pranuar efektet pozitive të histerektomisë në uljen e dhimbjes dhe të hemorragjisë, ne besojmë se efektet e histerektomisë në përgjigjen seksuale do të lidhen me

ndjeshmërinë e mbetur të vaginës dhe klitorisit. Pamjaftueshmëria e të dhënave për ndjeshmërinë genitale në lidhje me përgjigjen seksuale është theksuar nga *Mokate et al (2006)*³⁶: "Mungojnë evidencat për disfunktionin seksual të shkaktuar nga prishja e furnizimit të inervimit lokalë".

Pra, me rishikimin që bëme në literaturë, ne arritëm në konkluzionin se variabiliteti i efekteve të raportuara të histerektomisë mbi përgjigjen seksuale mund të varet nga fakti nëse kirurgjia e ka desensitizuar apo jo vendndodhjen e preferuar të stimulimit genital, që sic thamë më lart është mjaft individuale.

Studimet që ne rishikuam, pothuajse të gjitha nuk kanë arritur ta trajtojnë këtë pasiguri. Kërkime të mëtejshme që do të marrin në konsideratë të dy këta faktorë së bashku (ndjeshmërinë genitale dhe burimin e preferuar të stimulimit seksual), mund të ndihmojnë në koordinimin e variabilitetit në raportimet e efekteve të histerektomisë mbi përgjigjen seksuale.

4.5 Histerektomia supracervikale; ka apo jo përfitime mbi atë totale?

Histerektomia supracervikale padyshim që është një operacion më i sigurtë, pavarësisht aftësive të kirurgut; ka më pak hemorragji dhe mobilizim më të pakët të vezikës, dhe potencialisht më pak deformim të rrugëve nervore autonome.

Nathorst-Boos et al¹⁹ gjetën një shkallë morbiditeti më të ulët me histerektominë supracervikale krahasuar me totalen, dhe raportuan që infeksioni i plagës, hematomat dhe infeksionet e traktit urinar ishin më pak të zakonshme. Granulacionet e kupolës vaginale nuk ndodhin pas histerektomisë supracervikale, ndërsa ato komplikojnë 21% të histerektomive totale.

Megjithatë, në përgjithësi, gjinekologët kanë një këndvështrim negativ për histerektominë supracervikale (subtotale); lënia e cerviksit shpesh shikohet sikur reflekton mungesë eksperience kirurgjikale. Ata që mbrojnë histerektominë totale gjithashtu argumentojnë që në pjesën e mbetur cervikale mund të zhvillohet kanceri cervical, dhe ndërhyrja kirurgjikale më pas do të jetë më e vështirë, ndërsa radioterapia do të kompromentohet nga mungesa e uterusit.

Gjithsesi, risku për kancer cervical pas histerektomisë subtotale raportohet të jetë <0.3%.

Atëherë, mbetet në pikëpyetje nëse gjinekologët duhet të këmbëngulin në heqjen e një cerviksi të shëndetshëm, apo jo.

Me ndërgjegjësimin gjithnjë e më të madh të pacientëve, do të jetë çështje kohe dita, kur vetë ato do të kërkojnë njëren apo tjetren metodë të histerektomisë, me ruajtje ose jo të cerviksit.

4.6 Rruga abdominale, vaginale apo laparoskopike?

Pasi të vendoset se cila procedurë do të ketë më tepër avantazhe, sfida e rradhës duhet të jetë gjetja dhe percaktimi i rrugës më të përshtatshme për kryerjen e këtij interventi; pra, rruga abdominale apo vaginale; pse jo, edhe laparoskopike. Ka një rritje të interesit të gjinekologëve për rrugën vaginale, por realiteti në shumë spitale të botës është i ndryshëm; në UK vetëm 19% të histerektomive kryhen në rrugë vaginale. Dhe kjo, duke ditur shumë mirë se histerektomia vaginale shoqërohet me një shkallë më të ulët morbiditeti (24.5%) krahasuar me atë abdominale (42.8%).

Përsa i përket rrugëve të hyrjes për histerektominë, ato variojnë shumë në varësi të shteteve dhe rajoneve gjeografike. Përqindjet për histerektominë abdominale variojnë nga 35-58 %, për histerektominë vaginale 17-25 %; rruga laparoskopike ka pësuar një rritje të vullshme këto vitet e fundit, dhe varion nga 18-46 %, dhe rruga robotike nga 6-14 %.

Është mjaft e rëndësishme për ne që të reduktohet shkalla e komplikacioneve apo e efekteve afat-shkurtra dhe afat-gjata. Kjo arrihet duke rritur dhe forcuar trajnimin e kirurgëve në laparoskopji, e cila sic e thamë është dhe duhet të jetë metoda e zgjedhur për histerektomitë me indikacione beninjë, duke rritur atë që quhet ‘laparoscopic skills’, pra aftësitë laparoskopike të kirurgut, duke përmirësuar instrumentat kirurgjikale laparoskopike, dhe duke zgjedhur në mënyrë të kujdesshme indikacionet për llojin e kirurgjisë që do përdoret.

Laparoskopia mund të ketë avantazhe të tjera; ka më pak infeksion të plagës, dhimbje postoperative, kohë të shpenzuar në spital dhe konvaleshence postoperative; por për këtë metodë na duhet shumë më tepër eksperiencë dhe trajnime individuale apo në grup.

4.7 A duhet të përdoret terapia zëvendësuese hormonale dhe për sa kohë pas histerektomisë?

Studimet vazhdimisht kanë treguar që terapia zëvendësuese hormonale është efektive për uljen e simptomave të menopauzës. Simptomat e zakonshme të menopauzës përfshijnë afshet e nxehta, djersitje gjatë natës, atrofi vuvare dhe vaginale, thatësi vaginale, pagjumësi dhe çrregullime të gjumit. Fillimi i terapisë me estrogen menjëherë pas histerektomisë me ooforektomi bilaterale është e rëndësishme për të parandaluar shfaqjen e simptomave të menopauzës.

Gratë, ovaret e të cilave janë ruajtur, duhet të këshillohen në lidhje me simptomat e zakonshme të menopauzës, dhe terapia me estrogen (ERT) mund të fillohet kur këto simptoma nisin të shfaqen, pasi siç e kemi sqaruar më lart në kapitullin përkatës, insuficienca e hershme ovariale pas histerektomisë mund të ndodhë për shkak të prishjes apo çrregullimit të vaskularizimit të tyre, duke qenë se disa nga vazat kolaterale që vaskularizojnë ovaret kalojnë në uterus; duke bërë

kështu që të ulet fluksi i gjakut që shkon në ovare i cili është i domosdoshëm për prodhimin e duhur të hormoneve seksuale.

Kohëzgjatja e ERT pas histerektomisë është temë debati, dhe asnjë udhëzues aktual nuk është në gjendje të ndihmojë mjekët mbi këtë vendim. Shumë klinikistë përdorin ERT deri afër moshës mesatare të menopauzës natyrale (përafërsisht në moshën 50 vjeç) dhe pastaj zvogëlojnë dozat gradualisht për të parandaluar rishfaqjen e simptomave.

Pas viteve 90, ishte një trend përdorimi i TZH (vetëm me estrogen apo estrogen dhe progesteron) për gratë të cilat kryenin histerektomi apo ooforektomi. Por në vitin 2013, bëri një ndryshim shumë të madh në mentalitetin e përdorimit masiv të kësaj terapie, studimi i madh dhe i mirënjohur i Women’s Health Initiative⁴³, i cili studioi efektet e përdorimit të zgjatur të TZH tek gratë e moshave të ndryshme.

Ky studim amerikan, përfshiu 27,347 gra të moshave 50-79 vjeç që ishin operuar në vitet 1993-1998, dhe kishin marrë pjesë në plotësimin e pyetësorëve dhe ishin ndjekur përgjatë 13 viteve më pas në Women’s Health Initiative Hormone Trial.

Rezultatet u bazuan mbi një periudhë studimi 3 deri 5 vjet me TZH dhe më pas një periudhë e ndërprerjes të TZH për 8 vjet e më tepër. Ishin 16608 paciente me uterus të ruajtur dhe ooforektomi të cilat merrnin TZH të kombinuar (estrogen + progjestine) dhe 10739 paciente pa uterus, dhe që trajtoheshin me TZH vetëm estrogen. Dihet se progjestina në gratë me uterus të ruajtur, merret për mbrojtjen e uterusit nga kanceri endometrial.

Tek gratë që merrnin terapi zëvendësuese të kombinuar, estrogen + progjestin, shkalla e sëmundjeve të ndryshme dhe e vdekjeve ishte 12% më e lartë se tek gratë që merrnin placebo. Në shifra absolute, ishin 20 raste me sëmundje madhore ose vdekje më shumë për 10.000 paciente, në grupin që merrte estrogen + progjestine, krahasuar me grupin që merrte placebo. Risku i sëmundjes koronare rritej me 29%, risku i goditjes cerebrale rritej me 41%, tromboembolia venoze rritej me 100% dhe kanceri invaziv i gjirit rritej me 26%. Pasi po këto paciente ndalonin së marri këtë terapi, u vu re që nuk kishte rritje në sëmundjet madhore ose vdekjet.

Ndërsa në pacientet që merrnin vetëm estrogen si TZH, shkalla e sëmundjeve madhore ose vdekjeve ishte e njëjtë si në grupin që merrte placebo; madje për gratë tek të 50tat që merrnin këtë terapi, u konstatua një ulje me 16% e riskut nga sëmundje madhore apo vdekje; në shifra absolute, ishin 19 raste me sëmundje madhore ose vdekje më pak për 10.000 paciente, në grupin që merrte vetëm estrogen, krahasuar me grupin që merrte placebo.

Ndërsa në gratë e moshës 70 vjeç që marrin terapi me estrogen, u vu re një rritje me 17% e shkallës së sëmundjeve madhore apo vdekjeve, e thënë në shifra absolute, ishin 51 raste me sëmundje madhore ose vdekje më shumë për 10.000 paciente, në grupin që merrte estrogen, krahasuar me grupin që merrte placebo.

Ndërsa në të dyja grupet, pra grupi që merrte estrogen+progestine dhe grupi që merrte vetëm estrogen, u gjetën këto rezultate: një rritje e riskut për goditje cerebrale, rritje e riskut për emboli pulmonare, ulje e riskut për të zhvilluar diabet, dhe gjithashtu ulje e riskut për të pësuar fraktura.

Vendimet përse i përket hormono-terapisë nuk janë të lehta, por këto gjetje sigurojnë një bazë-evidencë për gjetjen e rrugës më të mirë.

Terapia zëvendësuese hormonale ndikon mbi shumë sisteme organore në trupin tonë dhe ndryshon shkallën e riskut për shumë sëmundje dhe patologji, për disa e ul dhe për disa e rrit. Përshembull, nga ky studim doli që terapia zëvendësuese hormonale nuk është parandalonte sëmundjet kardio-vaskulare në gratë në menopauzë, siç mendohej dhe pretendohet deri para rezultateve të këtij studimi.

Women’s Health Initiative ka qenë një studim transformues që ka pasur një efekt dramatik në praktikën mjekësore. Analizimi në thellësi i të dhënave jashtëzakonisht të rëndësishme që dolën nga një studim 13 vjeçar, i kanë ndihmuar dhe do vazhdojnë të ndihmojnë klinikistët dhe vetë gratë që të marrin vendime të drejta dhe të bazuara përse i përket përdorimit të hormono-terapisë zëvendësuese. Studimi i Women’s Health Initiative thekson nevojën që gratë të flasin me mjekun e tyre për faktorët e tyre të riskut, përpara se të marrin ndonjë vendim përse i përket terapisë hormonale zëvendësuese. Në varësi nga statusi i histerektomisë, mosha, dhe faktorë të tjerë individualë, pasojat mund të variojnë në mënyrë drastike.

4.8 A e përmirëson histerektomia përgjigjen seksuale?

Gratë gjithmonë e më tepër kërkojnë të dinë nëse histerektomia do të ndikojë mbi funksionin e tyre seksual apo jo; dhe megjithëse nuk ka një përgjigje të qartë mbi këtë temë dhe kjo është një pyetje e cila zgjon shumë debat, shumica e mjekëve dhe fletëpalosjeve informuese, kanë tendencë të sigurojnë gratë se seksualiteti i tyre nuk do ndryshojë, madje mund të përmirësohet.

Disfunksioni seksual është një fenomen multifaktorial që përfshin komponentë fiziologjikë, psikologjikë dhe socialë. Kërkesat kryesorë fiziologjike për funksionin seksual përfshijnë një sistem funksional të steroideve seksuale, inervimit autonom dhe somatik dhe mirëfurnizimin me gjak të organeve genitale. Megjithëse të dhënat janë të pakta, është konkluduar së në gratë më probleme seksuale si dëshira seksuale, eksitimi apo orgazma, ka një përfshirje fiziopatologjike të niveleve anormale të steroideve seksuale, si dhe dëmtime të vaskularizimit dhe inervimit (Mokate et al., 2006)35.

Në varësi nga disa faktorë, përfshirë dhe ato kulturalë dhe arsimorë, këndvështrimi i grave mbi rolin e uterusit mund të ndikojë mjaft mbi mënyrën sesi ato do të reagojnë ndaj histerektomisë. Historikisht, uterusit është konsideruar si organ seksual, si burim energjie dhe vitaliteti, si rregullator i disa funksioneve të rëndësishme fiziologjike dhe shenjës e vazhdimësisë së rinisë dhe tërheqjes seksuale.

Por shumë pak mjekë në fakt, shqetësohen nëse heqja e një organi të tillë mund të shkaktojë ndryshime të perceptimit mbi veten, veçanërisht përsa i përket feminitetit, tërheqjes, dëshirës seksuale dhe aftësisë për tu përgjigjur seksualisht.

Aspektet psikologjike të disfunktionit seksual janë komplekse. Sipas Basson, 20016, këtu përfshihen reagimet fizike, emocionale dhe konjitive.

Pacientet që kryejnë histerektomi për prolaps të organeve pelvike apo dhimbje pelvike kronike përbëjnë një grup interesant në të cilin pritishtëritë preoperatorë të interventit dhe rezultatet pas tij kanë një impakt të rëndësishëm në mirëqenien psikologjike të pacienteve. Kjo sidomos është e lidhur me gratë që kanë kryer histerektomi për dhimbje pelvike kronike. Në këto gra, problemet më ankthin, depresionin ose uljen e libidos mund të ekzistojnë që përpara interventit, dhe bëhen dominante nëse pritishtëritë e pacientes pas interventit nuk plotësohen. Tashmë dihet se tek pacientet mbi moshën 40 vjeç, tendenca e kirurgëve është që gjatë histerektomisë, të mos i ruajnë ovaret. Por jo gjithmonë heqja e ovareve (ooforektomia bilaterale) shoqërohet me dhënien pas operacionit të terapizë zëvendësuese hormonale (TZH), pra kryesisht të terapisë zëvendësuese me estrogen. Në studimin tonë, siç e kemi thënë më lart, nga 38 rastet në të cilat u hoqën të dyja ovaret, vetëm në 18 prej tyre ishin përdorur TZH, pra në 47.3% të rasteve. Mungesa e orgazmës në referimin nga pacientet ose pikëzimi i ulët i tyre, u vërejt më tepër (60%) në paciente të cilat kishin hequr të dyja ovaret dhe që nuk kishin marrë TZH pas operacionit.

Rhodes et al 28 (1999) raportoi se histerektomia e kombinuar me heqjen e të dy ovareve, ishte e lidhur me gratë që nuk referonin orgazëm 12 muaj më vonë. Në këtë studim, ooforektomia ose insuficienca ovariale, e ndjekur nga TZH, statistikisht nuk arriti të parashikonte ndjesinë e ulur seksuale; 28% e subjekteve nuk kishin androgjene ovariale 18 muaj pas interventit dhe në të njëjtën kohë, po ky grup, nuk tregoi të kishte ulje të ndjeshmërisë seksuale të vlefshme statistikisht. Pra, duket se nuk ka një mënyrë për të parashikuar se cilat gra do të kenë impakt negativ në ndjesitë e tyre seksuale pas histerektomisë me ose pa heqjen e ovareve.

Në po këtë studim u nxorrën të dhëna për një temë që gati nuk ishte raportuar deri në atë kohë, për marrëdhëniet e stimulimit të gjirit ose thithave me kënaqësinë seksuale dhe nëse histerektomia ka të ngjarë të ndryshojë ndjesinë e provokuar nga ky stimulim. Një kërkim me MEDLINE duke përdorur fjalë kyçe si stimulimi i gjirit, stimulimi i thithave, kontraktime, histerektomia dhe orgazma, nuk zbuloi artikuj të lidhur me të.

Nuk kishte diskutime mbi këtë fenomen edhe në tekste mjaft të njohura mbi seksualitetin, megjithëse Masters dhe Johnson³⁹ kishin përmendur që në 1966 se gratë që janë duke ushqyer një foshnjë me gji, mund të stimulohen nga thithja e gjirit deri në orgazëm.

Në një studim në literaturën onkologjike kirurgjike me raste të mastektomive me ruajtje të thithës (nipple-sparing) u referua se 64% e grave mendonin se përgjigja orgazmike ishte specifikisht e shtuar nga stimulimi i gjirit ose thithave, dhe për 84% të këtyre, ky efekt nuk u ul nga histerektomia ose oophorectomy. Si përfundim, mund të thuhet se gratë që janë të detyruara të kryejnë një histerektomi për probleme të caktuara, duhet të këshillohen se ka të ngjarë që të kenë ndjesi të njëjta ose të përmirësuar seksuale pas operacionit, por histerektomia gjithashtu mund të ketë një ndikim emocional që nuk mund të parashikohet, dhe se për këtë mund të kërkohet vlerësimi dhe terapia e mëvonshme nga gjinekologët, seksologët ose psikologët. Nëse simptomat rishfaqen gjatë zvogëlimit të dozës, ERT mund të ketë nevojë të rifillohet ose mund të përdoren agjentët jo-hormonalë.

PËRFUNDIME

Meqenëse pjesa më e madhe e histerektomive kryhen në mënyrë selektive për situata beninje, kënaqësia e pacientit me trajtimin e marrë duhet të konsiderohet si një nga matësit kryesore të rezultateve. Është mjaft e rëndësishme për mjekët klinikistë dhe për pacientet që të kenë një vizion më të qartë përsa i përket përfitimeve dhe problematikave që priten nga histerektomia.

- a. Numri absolut i grave të prekura nga problemet afat-gjata te histerektomive është relativisht i ulët, por ndikimi i këtyre komplikacioneve të vonshme mund t'i prishë cilësinë e jetes këtyre grave. Duke konsideruar numrin e lartë të histerektomive të kryera çdo vit, risqet potenciale të efekteve afat-gjata pasuese mbi një popullatë në plakje mund të kenë pasoja të rëndësishme për shëndetin e grave në mbarë botën.
- b. Pacientet që i nënshtrohen histerektomisë totale me ose pa ovaret, për indikacione beninje, kryesisht përjetojnë një ndjesi të shëndetit të përgjithshëm më të mirë se më parë. Shumica e tyre kanë një interes seksual më të rritur, por dhimbja gjatë kontaktit është një pengesë e madhe veçanërisht gjatë 3 muajve të parë pas histerektomisë.
- c. Ndërsa 52% raportuan se pritshmëritë e tyre ishin më të ulëta përpara interventit, përsa i përket jetës së tyre seksuale, interesi seksual u raportua i rritur me 60%, krahasuar me përpara histerektomisë.
- d. Ndjesia e shëndetit të përgjithshëm u raportua më e mirë në 69% të pacienteve. Rreth 86% e pacienteve raportuan se jeta e tyre seksuale përpara interventit ishte ndikuar nga dhimbja, hemorragjia apo ankthi dhe gjendja e keqe shpirtërore, dhe simptomat kishin ndikuar edhe në marrëdhënien e tyre në çift. Edhe pse ndjesia e pasigurisë për pacienten ekzistonte, një përqindje e konsiderueshme e tyre mendojnë se do të zgjidhnin përsëri histerektominë nëse do të viheshin në të njëjtën pozitë, për t'i dhënë zgjidhje problemit të tyre.
- e. Dispareunia u raportua prezente në 50% të pacienteve në vitin e parë pas interventit. Ulja më e theksuar vërehet në grupin e grave që raportojnë dhimbje të forta (nga 4-5 pikë); nga 48.5 %, 3 muaj pas interventit kjo përqindje zbriti në 11.4 % dhe 12 muaj pas interventit asnjë paciente nuk referonte dhimbje të forta që t'i vlerësonte me 4 deri 5 pikë. Rastet që raportuan aspak dhimbje, u rritën me gati 26 % pas interventit.

- f. Gjithashtu, nga studimi ynë u gjet një përfitim domethënës për pacientet me dhimbje pelvike dhe dispareuni që i nënshtrohen histerektomisë; ky bashkëshoqërim paraqiti përmirësim të ndjeshëm.
- g. Ankthi dhe gjendja e keqe shpirtërore përpara histerektomisë shoqërohen shpesh me dispareuni dhe me humbje të interesit seksual edhe pas interventit; por megjithatë, pacientet që referonin ankth dhe depresion përpara interventit, pas histerektomisë referojnë një përmirësim të lehtë të situatës së tyre psikologjike.
- h. Afërsisht 30% e pacienteve raportuan ankth dhe gjendje të keqe shpirtërore përpara dhe pas histerektomisë.
- i. Pas një viti, rastet me disfunksione urinare të formave të ndryshme pësojnë një rritje me 22.8 %; por ndërkohë vihet re një ulje e rasteve me inkontinencë urinare.
- j. Rezultatet e këtij studimi treguan një incidencë më të rritur të krampeve abdominale dhe simptomave të sindromit të zorrës së irritueshme (SZI) që zhvillohen brenda 12 muajve pas histerektomisë.
- k. Përdorimi i terapisë zëvendësuese hormonale pas histerektomisë dhe ooforektomisë, rezultoi në raste më të pakta me dispareuni, thatësi vaginale dhe pagjumësi.

Një tipologji tjetër analize u realizua për të dhënat kategorike, ajo statistikore; e cila rezultoi se grup – mosha më e prekur është ajo 45-49 vjeç me 60% duke pasuar me grup-moshën 39-44 vjeç me 40 %.

Kur krahasojmë shpërndarjen e frekuencës së dispareunisë midis dy periudhave shohim të kemi diferenca. Pra e thënë ndryshe para kryerjes së histerektomisë 48.5 % e pacienteve kishin shumë dhimbje gjatë kontaktit seksual. Ndërsa pas kryerjes së interventit kjo përqindje reduktohet në 11,4%. Trendi ka pësuar rënie me 4.2 herë.

Rastet që raportuan të kenë dhimbje mesatare, u dyfishuan pas interventit. Kur bëhet fjalë për grupin e grave që nuk raportojnë dhimbje gjatë kontaktit, shohim se trendi rritet ngapëriudha para në atë pas ndërhyrjes së histerektomisë.

Një nga mangësitë e këtij tipi studimi qëndron në faktin se bazohemi në perceptime subjektive, por ne jemi munduar të reduktojmë këtë bias pasi krahasojmë të njëjtat raste në dy periudha të ndryshme. Në rastin tonë çiftëzimi është identik.

Vazhdojmë analizojmë indikatorët e përfshirë në instrumentin tonë, dhe konkludojmë se pas kryerjes së histerektomisë, intensiteti i nivelit të orgazmës ka ardhur në rritje, 51% e femrave e pikëzonin me mbi katër pikë intensitetin e orgazmës. Më shumë se gjysma e rasteve të përfshira në studim komentnin që përjetimet nga orgazma ishin shumë më të kënaqshme, pasi edhe krampet uterine të forta ishin eliminuar pas interventit. Këto ndryshime janë statistikisht domethënëse, pasi vlera P është më e vogël se 0,05.

Rreth 86% e pacienteve raportuan se jeta e tyre seksuale përpara interventit ishte ndikuar negativisht nga dhimbja, hemorragjia apo gjendja e keqe shpirtërore, dhe simptomat kishin ndikuar edhe në marrëdhënien e tyre në çift; kjo përqindje ra në 9% pas interventit,

Duke iu referuar tabelës numër 16 shohim se përqindja e pacienteve që kanë pasur momente ankthi apo nervozizmi përpara histerektomisë ka qenë tepër e lartë. Pothuajse të gjitha rastet kanë përjetuar momente ankthi apo nervozizmi para periudhës së interventit. Ky indikator flet qartë për ndikimin që problemet fizike kanë në shfaqjen e episodeve të ankthit apo depresionit apo e kundërta. Pas kryerjes së interventit, dukshëm vihet re trend zbritës të pacienteve me këto episode. Mund të konkludojmë se episodet e ankthit apo gjendjes jo të mirë shpirtërore kanë rënë me tre herë krahasuar me periudhën para interventit.

Natyra prospektive e këtij studimi është një forcë e madhe. Çdo pacient shërben si kontroll i vetvetes, pasi ne nuk i kërkuam të intervistuarve të krahasojnë funksionin seksual preoperator me atë postoperator.

Kufizimi më i madh i studimit ishte numri i pacienteve që kufizonte forcën e testimi për lidhjet midis funksionit seksual dhe indikacionit për histerektomi dhe tipin e histerektomisë.

Disa kufizime janë të pashmangshme në studimet me paciente që i nënshtrohen kirurgjisë. Siç sugjeron edhe *Rhodes et al*²⁹, pacientet që intervistohen në momentin e histerektomisë ose pak përpara saj, mund të kenë një dëshirë dhe frekuencë të ulët seksuale, për shkak të ankthit preoperator. Ne u përpoqëm ta shmangnim këtë, duke pyetur për funksionin seksual “në përgjithësi”, më tepër sesa për muajin përpara histerektomisë.

Gjithashtu, sipas *Weber et al*,¹⁵ duke intervistuar pacientet pas operacionit, ne presupozojmë që çdo ndryshim madhor në funksionin seksual do të lidhet kryesisht me histerektominë, por nuk është e mundur të kontrollohet për faktorë të tjerë madhorë të jetës, përveç statusit të lidhjes me partnerin.

Pas kryerjes së analizës deskriptive të të dhënave të marra nga intervista me target grupin e përfshirë në studim rezultoi se: shumica e pacienteve pranuan t’u përgjigjen disa pyetjeve të konsideruara “të vështira” që kishin të bënin me përjetimet e tyre seksuale para dhe pas histerektomisë. Gjithashtu shumica dërmuese e tyre, deklarojnë se mjeku i ka folur gjatë dhe i ka shpjeguar qartë detajet mbi këtë ndërhyrje.

Pjesa më e madhe e pacienteve e vlerësojnë me pikë maksimale këtë informacion (tre, katër dhe pesë pikë) përpara operacionit.

Por, shumica e pacienteve pas operacionit raportuan se nuk ishin qartësuar nga mjeku përkatës për problematikën dhe ndryshimet që priten të ndodhin në mënyrën e tyre të jetesës pas histerektomisë, sidomos për problemet seksuale. Pacientja duhet të jetë mjaft e qartë dhe e informuar nga mjeku i saj për problematikën që mund të hasë pas histerektomisë dhe për ndryshimin e disa mënyrave të mëparshme të jetesës. Ky bashkëpunim midis të dy palëve, do ta bëjë më të ndërgjegjshme vetë pacienten për të ardhmen e saj pas histerektomisë.

Gjetja më e rëndësishme e këtij studimi është shkalla e lartë e përmbushjes që pacientet përjetuan pasi iu nënshtuan histerektomisë për situata beninje. Gratë përjetuan përfitime të rëndësishme përse i përket lehtësimit nga hemorragjia anormale dhe dhimbjet menstruale.

Simptoma të lidhura me funksionet urinare dhe gastrointestinale ishin prezente shpeshherë përpara dhe pas interventit, por histerektomia rezultonte me disa ndryshime të qëndrueshme, sidomos në harkun kohor 12 muaj, si në funksionin urinar ashtu edhe në atë gastrointestinal.

Të gjitha këto efekte të pritshme, sidomos efektet afat-gjata që janë të mundshme të ndodhin pas një histerektomie, duhet ti bëhen të qarta pacientes kur të merret vendimi për histerektomi.

REKOMANDIME

Përpara interventit, shprehjet më të përdorura nga pacientet mbi pyetjen se “A mendoni se jeta juaj seksuale do ndryshojë?”, ishin: “nuk besoj se do ndikojë”; “lidhja ime është e fortë, nuk besoj se do kem probleme”; “marrëdhëniet seksuale nuk kanë qenë jetike për mua, do bëj si do bëj”; etj.

Ndërsa pas interventit formulimi i fjalive dhe përshkrimi i ndjesive ishte i tillë:

"Vura re një diferencë qartësisht të dallueshme të ndjesive të mija gjatë kontaktit seksual dhe nuk përjetoja më orgazmat vaginale intense siç ndodhte para interventit".

"Tani ndihem e çuditshme. Nuk kam eposh, dhe nuk kam asnjë ndjesi në thithat e gjirit.

Penetrimi është i parehatshëm dhe orgazmat e mia janë më të dobëta se më parë...".

"Nuk e imagjinoja se do të kisha pasur më një jetë seksuale pas operacionit. Tani ndjehem si e rinuar dhe kam një jetë seksuale më të mirë se përpara."

Fillimisht, duket si një mision mjaft i vështirë për të folur mbi disa tema të tilla, mjaft delikate dhe intime me pacientet para dhe pas një ndërhyrje të tillë si histerektomia, të cilat kërkojnë për më tepër dhe një mendje të hapur. Por, pas intervistave të para kuptuam se pacientet, në momentin që krijonin sigurinë e të folurit me një mjek ose mjekë që nuk do i paragjykonte për asnjë arsye, në momentin që ndjeheshin komode për të folur mbi këto tema, atëherë mund të shpreheshin pa ndrojtje për shqetësimet, pasigurinë, marrëdhëniet e tyre në çift, dhe detaje mbi jetën e tyre seksuale, të cilat do na ndihmonin mjaft të kuptonim më tepër sidomos mbi efektet afat-gjata të histerektomive mbi funksionin urinar, gastro-intestinal dhe veçanërisht atë seksual.

Me sa konstatuam, në shumicën e pyetësorëve si dhe nga komunikimi direkt me pacientet, u vu re që në shumicën dërrmuese të rasteve, pacientet informohen nga mjeku gjinekolog për pritshmëritë afat-shkurtra pas një histerektomie, pra shërimi i plagës operatore, mundësia e infeksioneve urinare ose të plagës operatore, rikuperimi i pacientes në pak ditë, riaftësimi brenda disa javësh pas interventit për të punuar sërish, etj.; por fatkeqësisht, janë të pakta rastet kur, pacientja informohet nga mjeku gjinekolog për pritshmëritë afat-gjata pas këtij interventi, për mundësitë e dëmtimit të funksionit urinar apo çrregullime të mundshme të jashtëqitjes, dhe aq më pak të funksionit seksual dhe anës emocionale të vetë pacientes apo familjarëve të saj.

Për këtë arsye, do t'i rekomandonim kolegëve, që në kuadrin e informimit të pacientëve përpara interventit, t'i kushtonin kohën dhe vëmendjen e duhur të gjitha pyetjeve dhe paqartësive të pacienteve të tyre, duke mos harruar diskutimin mbi funksionin seksual pas histerektomisë.

Pavarësisht se një pjesë e pacienteve duan ta anashkalojnë këtë pjesë për shkak të ndrojtjes dhe turpit, mjeku duhet të këmbëngulë duke i pasqyruar pacientes efektet e mundshme negative apo pozitive.

Me qëllim që gratë të marrin një vendim nëse do të bëjnë ose jo një histerektomi për çrregullime gjinekologjike beninje, atyre duhet t'i vihen në dispozicion të gjitha informacionet e nevojshme mbi interventin, si dhe mbi riskun e zhvillimit të çrregullimeve të ndryshme në një periudhë të mëvonshme të jetës.

Ato duhet të njihen dhe me rezultatet e pafavorshme afat-gjata të histerektomive, si prolapsi i organeve pelvike, inkontinenca urinare, inkontinenca anale, disfunksioni i zorrës, fistulat e organeve pelvike deri te adenokarcinoma renale.

Gjithashtu, një nga diskutimet që duhet të bëhet paraprakisht me pacienten, është lënia apo jo e cerviksit; meqenëse siç edhe e kemi trajtuar më lart, ka më pak hemorragji gjatë interventit, jep më pak disfunksione urinare, dhe në shumë raste prek më pak funksionin urinar, pse mos të përdoret më tepër kjo metodë? Dhe për më tepër, risku për të zhvilluar kancer cervikal është mjaft i ulët. Aktualisht, në spitalet tona përdoret shumë rrallë, ndoshta për arsye të traditës që është formuar ndër breza kirurgësh.

Mundësisht në këto diskutime paraprake, mirë do ishte edhe prania e partnerit të pacientes, pasi ai mund dhe duhet të jetë një suport mjaft i madh moral për problemet seksuale që mund të hasen pas një histerektomie. Partneri ka nevojë të kuptojë se çfarë do të ndodhë me partneren e tij gjatë këtij interventi, dhe po ashtu të jetë në dijeni edhe të efekteve negative që kjo histerektomi mund të ketë mbi jetën e partneres së tij dhe ndoshta indirekt, edhe të vetë atij.

Mjaft i rëndësishëm do të ishte edhe qëndrimi konservator në rastet kur është e mundshme të shmanget një histerektomi. Pra, mjeku gjinekolog duhet të bëjë ç'është e mundur dhe të përdorë të gjitha skemat e mundshme terapeutike apo alternativa të tjera kirurgjikale më pak radikale (histeroskopi, konizim, ablacion endometrial etj) përpara se t'i propozojë pacientes një histerektomi. Mjeku gjinekolog duhet patjetër të kuptojë rëndësinë e këtij interventi për pacienten e tij, dhe ndikimin fizik dhe emocional që do të ketë ky intervent mbi të dhe mbi familjarët e saj në të ardhmen.

Përsa i përket terapisë hormonale zëvendësuese, siç e kemi diskutuar edhe më lart, një pjesë e grave referojnë një përmirësim të cilësisë së jetës që vjen nga reduktimi i afsheve të nxehta, i djersitjeve të natës, përmirësimi i cilësisë së gjumit dhe reduktimi i dhimbjeve artikulare. Duke pasur parasysh edhe efektet që mund të ketë kjo terapi hormonale mbi sisteme dhe organe të ndryshme, mbi mosha dhe problematika të ndryshme të secilit individ, të cilat janë diskutuar gjerësisht në kapitullin e dedikuar TZH, edhe zgjedhja e TZH do të jetë shumë individuale dhe e konsultuar me mjekun gjinekolog.

Gjithsesi, terapia zëvendësuese vetëm me estrogjen, është treguar të jetë efektive dhe pa pasoja të rëndësishme tek gratë e moshave 50-60 vjeç ose më të reja, të cilat kanë kryer histerektomi me ose pa ovaret.

BIBLIOGRAFIA

1. Dällenbach P¹, Kaelin-Gambirasio I; Incidence rate and risk factors for vaginal vault prolapse repair after hysterectomy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 Dec;19(12):1623-9.
2. The Maine Women's Health Study: Carlson KJ1, Miller BA, Fowler FJ Jr.; Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1994 Apr;83(4):556-65.
3. Marchionni M¹, Bracco GL, Checcucci V.; True incidence of vaginal vault prolapse. Thirteen years of experience. *J Reprod Med.* 1999 Aug;44(8):679-84.
4. Hjern, Fredrik; Aspects on diverticular disease; Aulan, Danderyds Sjukhus Institutionen för klinisk vetenskap / Department of Clinical Sciences; 2006
5. Anne Lethaby, Valeria Ivanova, ;Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions; Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group, 2006
6. Rosemary Basson ; Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions; *PMCID: 172(10): 1327–1333, 2005*
7. Kristen H. Kjerulff, PhD, Julia C. Rhodes, PhD, Patient satisfaction with results of hysterectomy (*American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 183, Issue 6, December 2000, Pages 1440–1447)
8. Katherine G Dragisic, MD, Magdy P Milad, MD; Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy (*American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 190, Issue 5, May 2004, Pages 1416–1418)
9. Renaud de Tayrac, MD, , Nicolas Chevalier, MD Risk of urge and stress urinary incontinence at long-term follow-up after vaginal hysterectomy, (*American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 191, Issue 1, July 2004, Pages 90–94)
10. Martha F. Goetsch, MD, MPH ; The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations (*American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 192, Issue 6, June 2005, Pages 1922–1927)
11. The UFS-QOL, a new disease-specific symptom and health-related quality of life questionnaire for leiomyomata; [James B Spies 1](#), [Karin Coyne](#), [Noureddine Guaou](#), [Guaou](#), [Deneane Boyle](#), [Kerry Skyrnarz-Murphy](#), [Sheila M Gonzalves](#): , *Obstet Gynecol.* 2002 Feb;99(2):290-300.

12. Wound infection after abdominal hysterectomy: Effect of the depth of subcutaneous tissue; [David E.Soper](#) , [Richard C.Bump](#),[W.GlennHurt](#) . ; [American Journal of Obstetrics and Gynecology](#), [Volume 173, Issue 2](#), August 1995, Pages 465-471
- 13 Daniel Altman, Catharina Forsgren; Long-term Effects of Hysterectomy; a Focus on the Aging Patient; Aging Health. 2013;9(2):179-187.
- 14 Katherine E. Hartmann, MD,[†]PhD*, Cindy Ma,[†]MPH , Quality of Life and Sexual Function After Hysterectomy in Women With Preoperative Pain and Depression; [Obstetrics & Gynecology](#) 2004;104:701- 709 ; © 2004 by The American College of Obstetricians and Gynecologists
- 15 Anne M. Weber, MD, Mark D. Walters, MD, Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy; ([Am Journal Obstet Gynecol](#) 1999;181:530-5.)
- 16 Ambar Mehta, BS; Tim Xu, MPP; Susan Hutfless, PhD Patient, surgeon, and hospital disparities associated with benign hysterectomy approach and perioperative complications, 2017 Elsevier Inc. [AJOG.2016.12.020](#)
- 17 Zhu L2, Liu A3, Ma J4, Lang J1; Analysis of hysterectomies for patients with uterine leiomyomas in China in 2010. Gu Y1, .[Int J Gynaecol Obstet](#). 2015 Apr;129(1):71-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.031. Epub 2014 Dec 29.
- 18 Evaluating the Incidence of Urinary Tract Infection after Hysterectomy for Benign Conditions [A.Dao1R.Darvish2G.Chapman3E.Slopnick4R.R.Pollard2D.Sheyn5](#) [Journal of Minimally Invasive Gynecology](#), [Volume 26, Issue 7](#), [Supplement](#), November–December 2019, Page S44
- 19 Outcomes after Total versus Subtotal Abdominal Hysterectomy <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa013336> Nathorst-Boos J, Fuchs T, von Schoultz B.
- 20 [Önder Ercana](#), [Alev Özera](#), , [Bülent Köstüa](#), [Murat Bakacaka](#), [Gürkan Kırana](#), [Fazıl Avcıb](#); Comparison of postoperative vaginal length and sexual function after abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy [International Journal of Gynecology & Obstetrics](#) [Volume 132, Issue 1](#), January 2016, Pages 39–41
- 21 Kilkku P, Grönroos M, Hirvonen T, Rauramo L Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on libido and orgasm..[Acta Obstet Gynecol Scand](#). 1983;62(2):147-52.
- 22 Helström L, Lundberg PO, Sörbom D, Bäckström T. Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. [Obstet Gynecol](#). 1993 Mar;81(3):357-62.

- 23 Plourde E. *Hysterectomy? The Best or Worst Thing that Ever Happened to Me?* Irvine: New Voice Publ; 2003.
- 24 Cloutier-Steele L. *Misinformed Consent: Women’s Stories about Unnecessary Hysterectomy.* Chester: Next Decade, Inc; 2003.
- 25 A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12); Rebecca G Rogers 1, Kimberly W Coates, Dorothy Kammerer-Doak, Satkirin Khalsa, Clifford Qualls; 2003 Aug;14(3):164-8; discussion 168. doi: 10.1007/s00192-003-1063-2. Epub 2003 Jul 2
- 26 Sutton C. Past, present, and future of hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17:421– 435. [PubMed]
- 27 Zussman L, Zussman S, Sunley R, Bjornson E. Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: Recent studies and reconsideration of psychogenesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;140(7):725–729. [PubMed]
- 28 Lalinec-Michaud M, Engelsmann F. Psychological profile of depressed women undergoing hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1988; 8:53–66.
- 29 Rhodes JC, Kjerulff K, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA.* 1999; 282:1934–1941. [PubMed]
- 30 Kilkku P. Supravaginal Uterine Amputation vs. Hysterectomy: Effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1983; 62:141–145. [PubMed]
- 31 Maas CP, Weijnenborg PT, ter Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Annu Rev Sex Res.* 2003; 14:83–113. [PubMed]
- 32 Huffman JW. Sex after hysterectomy. *Med Aspects Human Sexuality.* 1985;19:171–179.
- 33 Reinisch JM. *The Kinsey Institute new report on sex.* New York: St. Martin’s Press; 1990.
- 34 Allgeier ER, Allgeier AE. *Sexual Interactions.* 3. Lexington, MA: D.C. Heath; 1991.
- 35 Darling CA, McKoy-Smith YM. Understanding hysterectomies: Sexual satisfaction and quality of life. *J Sex Res.* 1993; 30:324–335.
- 36 Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. *J Br Menopause Soc.* 2006; 12:153–157. [PubMed]
- 37 Peterson Z, Rothenberg J, Bilbrey S, Heiman J. Sexual functioning following elective hysterectomy: The role of surgical and psychosocial variables. *J Sex Res.* 2010; 47:513–527. [PubMed]
- 38 Clark L. Is there a difference between a clitoral and a vaginal orgasm? *J Sex Res.* 1970; 6:25–28.

- 39 Singer J, Singer I. Types of Female Orgasm. *J Sex Res.* 1972; 8:255–267.
- 40 Female Primary Orgasmic Dysfunction: Masters and Johnson versus DSM-III-R on Diagnosis and Incidence; Jerome Wakefield; *The Journal of Sex Research*, Vol. 24 (1988), pp. 363-377 (15 pages); Published By: Taylor & Francis, Ltd
- 41 Krantz KE. Innervation of the human vulva and vagina: a microscopic study. *Obstet Gynecol.* 1958; 12:382–396. [PubMed]
- 42 Blank MA, Gu J, Allen JM, et al. The regional distribution of NPY-, PHM-, and VIP-containing nerves in the human female genital tract. *Int J Fertil.* 1986; 31:218–222. [PubMed]
- 43 Pauls R, Mutema G, Segal J, et al. A Prospective study examining the anatomic distribution of nerve density in the human vagina. *J Sex Med.* 2006; 3:979–987. [PubMed]
- 44 Women’s Health Initiative reaffirms use of short-term hormone replacement therapy for younger women, October 17, 2013, <http://www.nhlbi.nih.gov>.
- 45 Bonica JJ. *Principles and Practices of Obstetric Analgesia and Anesthesia.* Philadelphia: A. Davis; 1967.
- 46 DeLancey J. *Glob libr women’s med.* 2008. Anatomy of the pelvis.
- 47 Giuliano F, Julia-Guilloteau V. Neurophysiology of female genital response. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, editors. *Women’s Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis, and Treatment.* London: Taylor & Francis; 2006.
- 48 Hoyt RF., Jr . Innervation of the vagina and vulva: neurophysiology of female genital response. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, editors. *Women’s Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis, and Treatment.* London: Taylor & Francis; 2006.
- 49 Netter F. *Nervous System Part 1 Anatomy and Physiology.* Summit, NJ: Ciba Pharmaceutical; 1986.
- 50 Mauroy B, Demondion X, Bizet B, Claret A, Mestdagh P, Hurt C. The female inferior hypogastric (=pelvic) plexus: anatomical and radiological description of the plexus and its afferences -- applications to pelvic surgery. *Surg Radiol Anat.* 2007; 29:55–66. [PubMed]
- 51 Lin V, Cardenas D, Cutter N, et al., editors. *Spinal Cord Medicine: Principles and Practice.* New York: Demos Medical Publishing; 2003.
- 52 Sokol A, Shveiky D. Clinical anatomy of the vulva, vagina, lower pelvis, and perineum. *Glob libr women’s med.* 2008
- 53 Komisaruk B, Whipple B, Crawford A, et al. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Research.* 2004; 1024:77–88. [PubMed]

- 54 Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. Sexual Behavior in the Human Female. Philadelphia: W. B. Saunders; 1953.
- 55 Ringrose C. Pelvic reflex phenomena – incidence and significance. J Reprod Fertil. 1966;12: 161–165. [PubMed]
- 56 Kukorelli T, Adam G, Gimes RFT. Uteral stimulation and vigilance level in humans. Acta Physiol Acad Scient Hung. 1972; 42:403–410. [PubMed]
- 57 Perry JD, Whipple B. Pelvic muscle strength of female ejaculators: evidence in support of a new theory of orgasm. J Sex Res. 1981; 17:22–39.
- 58 Whipple B, Komisaruk BR. Elevation of pain threshold by vaginal stimulation in women. Pain. 1985; 21:357–367. [PubMed]
- 59 James M. Murray, MC; Larry C. Gilstrap III, MC; Fred M. Massey, MC
- 60 Cholecystectomy and Abdominal Hysterectomy; November 21, 1980
Komisaruk BR, Gerdes C, Whipple B. “Complete” spinal cord injury does not block perceptual responses to genital self-stimulation in women. Arch Neurol. 1997; 54:1513–1520. [PubMed]
- 61 Komisaruk BR, Wise N, Frangos E, Liu W. Soc Neurosci. Chicago: 2009. Women’s clitoris, vagina and cervix mapped on the sensory cortex, using fMRI; p. 562.518. [PMC free article] [PubMed]
- 62 Cutler WB, Zacker M, McCoy N, Genovese-Stone E, Friedman E. Sexual response in women. Obstet Gynecol. 2000;95 (4, suppl 1): S19.
- 63 Weijmar Schultz WCM, McCoy N, Genovese-Stone E, Friedman E. Vaginal sensitivity to electric stimuli: Theoretical and practical implications. Arch Sex Behav. 1989; 18:87–96. [PubMed]
- 64 Magali Robert MD, Amuchou Soraisham MD, Reg Sauve MD; Postoperative urinary incontinence after total abdominal hysterectomy or supracervical hysterectomy: a metaanalysis; Volume 198, Issue 3, March 2008, Pages 264.e1-264.e5 American Journal of Obstetrics and Gynecology Research General gynecology
- 65 Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risk and benefits. J Reprod Med. 1993;38:781–790. [PubMed]
- 66 Lowenstein L, Yarnitsky D, Gruenwald I, et al. Does hysterectomy affect genital sensation? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005; 119:242–245. [PubMed]
- 67 McPherson K, Herbert A, Judge A, et al. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. Health Expectations. 2005; 8:234–243. [PMC free article] [PubMed]
- 68 Roussis NP, Waltrous L, Kerr A, Robertazzi R, Cabbad MF. Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. Am J

- Obstet Gynecol. 2004; 190:1427–1428. [PubMed]
- 69 Farrell SA, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2000; 95:1045–1050. [PubMed]
- 70 Grimes D. Role of the cervix in sexual response: evidence for and against. *Clin Obstet Gynecol.* 1999; 42:972–978. [PubMed]
- 71 Goetsch MF. The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192:1922–1927. [PubMed]
- 72 El-Toukhy TA, Hefni MA, Davies AE, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *J Obstet Gynecol.* 2004; 24:420–425. [PubMed]
- 73 Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83:191–196. [PubMed]
- 74 Roovers JPWR, van derBom JG, van derVaart CH, Heintz PM. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ.* 2003; 327:774–777. [PMC free article] [PubMed]
- 75 Dragisic KG, Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:1416–1418. [PubMed]
- 76 Virtanen H, Makinen J, Tenho T, Kiilholma P, Pitkanen Y, Hirvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *Br J Urol.* 1993; 72:868–872. [PubMed]
- 77 Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med.* 2002; 347:1318–1325. [PubMed]
- 78 Saini J, Kuczynski E, Gretz HF, Sills ES. Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function. *BMC Womens Health.* 2002; 2:1–7. [PMC free article] [PubMed]
- 79 Weber AM, Walters MD, Schover L, Church J, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181:530–535. [PubMed]
- 80 Lambden MP, Bellamy G, Ogburn-Russell L, et al. Women’s sense of well-being before and after hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1997; 26:540–548. [PubMed]
- 81 Carlson KJ, Miller BA, Fowler F. The Maine women’s health study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1994; 83:556–565. [PubMed]
- 82 Helstrom L, Lundberg P, Sorbom D, Backstrom T. Sexuality after hysterectomy: A factor analysis of women’s sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1993; 81:357–362. [PubMed]

- 83 University of California - Los Angeles. "Hysterectomy is associated with increased levels of iron in the brain; Study suggests reducing iron may lower age-related brain disease risk." ScienceDaily. ScienceDaily, 4 October 2011.
- 84 Gumarni M, Mazziotti F, Corazziari E et al. Chronic constipation after gynaecological surgery: a retrospective study. *Ira1 J Gasroenterol* 1988;20: 183-186
- 85 Taylor T, Smith AN, Fulton PM. Effect of hysterectomy on bowel function. *BMJ*. 1989 Jul 29;299(6694):300–301
- 86 Prior A, Stanley K, Smith ARB, Read NW. Effect of hysterectomy on anorectal and urethrovesical physiology. *Gut* 1992; 33: 264–267.
- 87 Parys BT, Haylen B, Hutton JL, Parsons KF. The effect of simple hysterectomy on vesicourethral function. *Br J Urol* 1989; 64: 594–599.
<http://www.endocrinology.org/news/article.aspx,articleid=13144,societyfor>
Endocrinology - December 7, 2018.